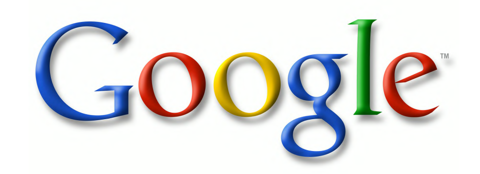
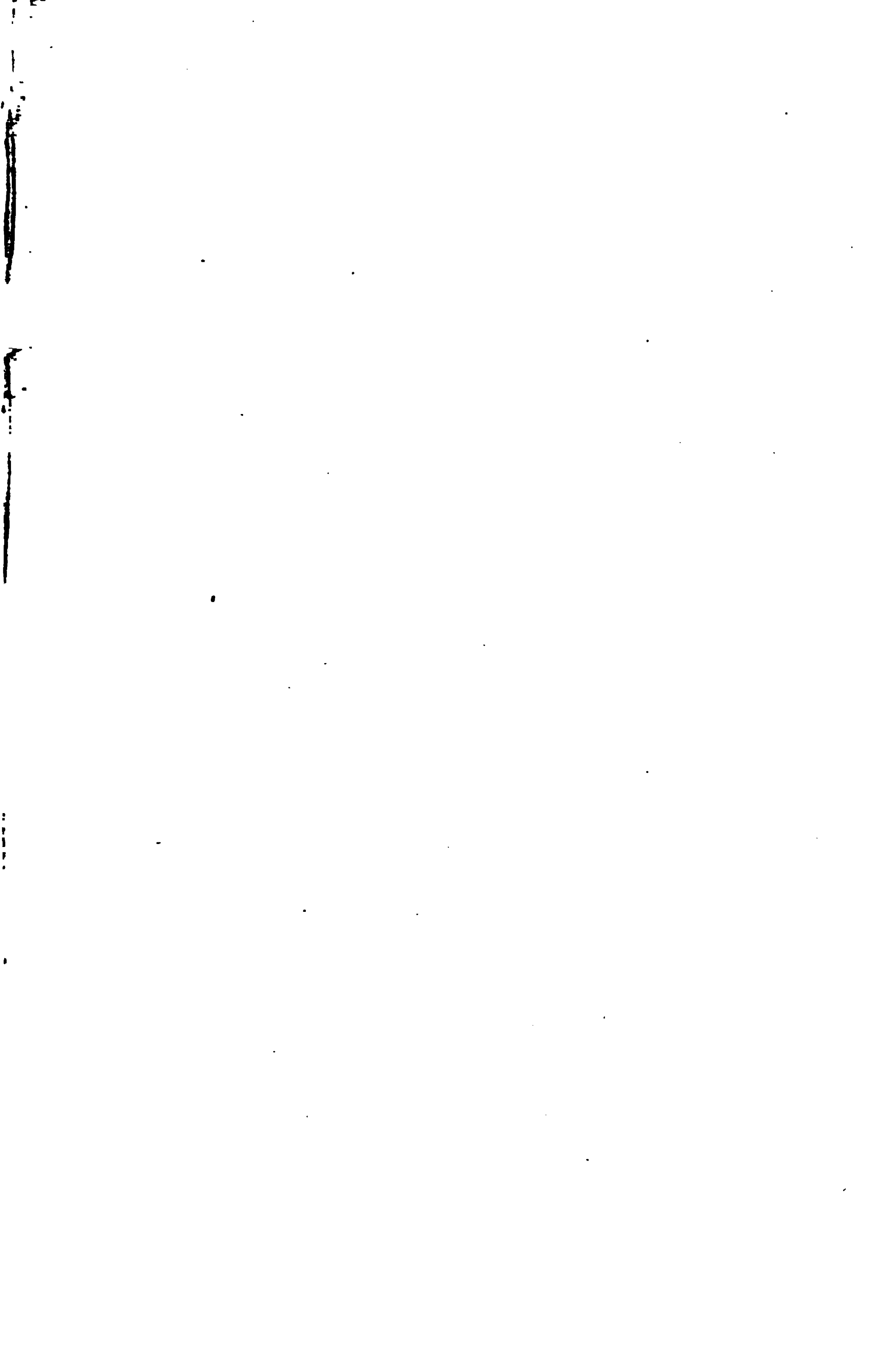
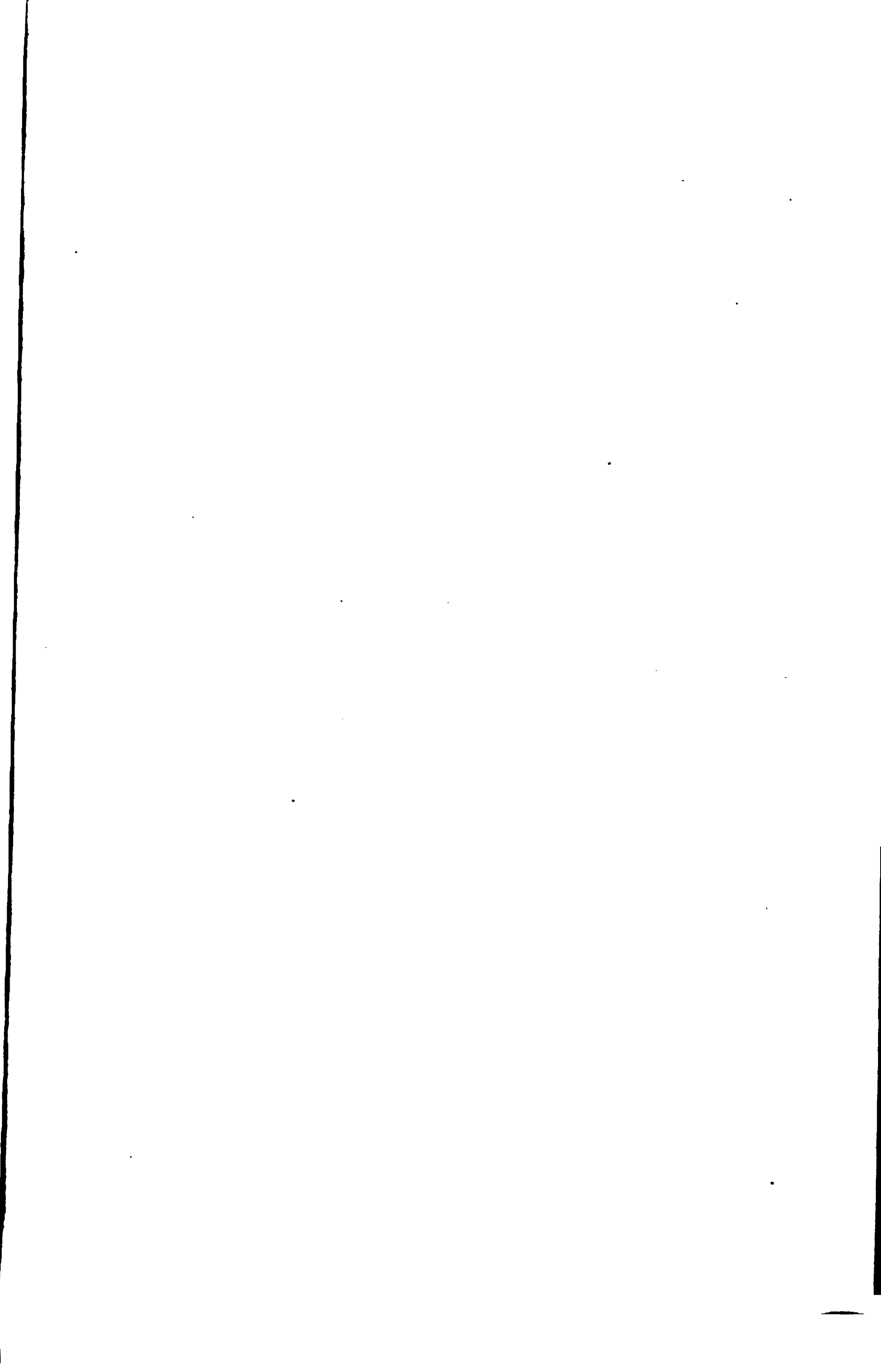






Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

L. Bayer (Brüssel), F. Cardone (Neapel), O. Chiari (Wien), B. Fränkel (Berlin), A. Garrod (London), L. Góngora (Barcelona), Th. Hering (Warschau), G. Jonquière (Bern), G. M. Lefferts (New-York), A. Lunin (St. Petersburg), P. M'Bride (Edinburgh), E. J. Moure (Bordeaux), Ph. Schech (München), E. Schmiegelow (Kopenhagen), O. Seifert (Würzburg), G. Sentiñon (Barcelona).

herausgegeben

von

FELIX SEMON

London.

Vierter Jahrgang.

(Juli 1887 bis Juni 1888.)

Berlin, 1888.

Verlag von August Hirschwald.

NW. Unter den Linden 68.

Inhalt.

I. Leitartikel.

II. Referate.

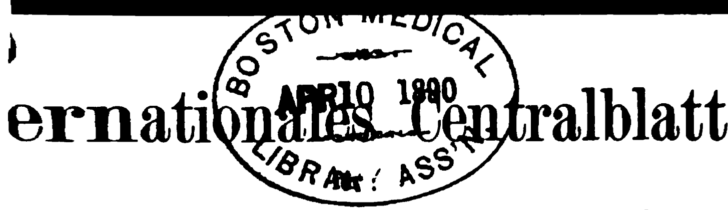
III. Kritiken und Besprechungen.

a) Monographieen und grössere Aufsätze.

b) Gesellschafts- und Congress-Sitzungen.

IV. Nekrologe.

V. Briefkasten. Varia.



...ernationales Centralblatt

...aryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

...g IV. Berlin, Juli. 1887. No. 1.

Wilhelm Hack †.

...)pfer, die der Tod in den letzten Jahren in nur zu reicher Zahl aus den ...r Laryngo-Rhinologen gefordert hat, sind um so beklagenswerter, als ...nigen Ausnahmen nicht Männer sind, welche nach langer, ehrenvoller ...t ihre Laufbahn gewissermassen abgeschlossen hatten, als sie abgerufen ...sondern als gerade solchen die Parze plötzlich den Faden durchschnitten ...he entweder eben auf dem Höhepunkte ihrer Leistungsfähigkeit standen, ...che gar erst Proben eines Talentes abgelegt hatten, welches weiterer ...ang sicher erschien und die schönsten Blüthen für die Zukunft zu zeitigen ...: Waldenburg, F[illegible], Krishaber, Elsberg, Burow, Böcker durfte man nicht [illegible] für den Weiterausbau unserer Wissen... [illegible] —

...d nun hat es ein eigenthümlich tragisches Geschick gewollt, dass kaum ...chen nach dem unerwarteten Hingange des [illegible] ...gners der den [illegible] Referenten gegenwärtig [illegible] ...ung, der [illegible] ...nden Bewegung, Wilhelm Hack, [illegible] ...schaft und unserer Specialität entrissen worden ist. [illegible] ...[illegible] ...ra durch im [illegible]

Die Erscheinung Hack's an [illegible] ...ndruck eines Mannes [illegible] ...Schriften [illegible] ...n Referenten [illegible] ...so war sein Name [illegible] [illegible]

operative Radicalbehandlung von Migräne, Asthma, Heufieber und verwandten Krankheiten" folgte, war er mit einem Schlage ein berühmter Mann. Während sich an die Publication dieser Arbeit innerhalb kürzester Zeit auf wissenschaftlichem Gebiete, und zwar nicht nur von den Specialisten ausgehend, eine ganze Literatur und eine Controverse lebhaftester Natur anschloss, drang der Ruf von dem neu gemachten therapeutischen Fortschritt mit erstaunlicher Schnelligkeit in das Publikum, und von allen Seiten pilgerten Kranke nach Freiburg, um sich einer so vielversprechenden Behandlung zu unterziehen.

Ob die Thatsachen den gehegten Erwartungen entsprochen haben — das zu entscheiden sind wir, die wir noch mitten in der Bewegung stehen, gegenwärtig wohl kaum im Stande. Hack selbst hat noch bei Lebzeiten mit einer Offenheit, die ihm die grösste Ehre macht, nach Sammlung weiterer Erfahrungen seine ursprünglichen Ansichten bedeutend modificirt. Ob er bereit war, noch weiter in seinen Zugeständnissen zu gehen, — diese Frage wird wohl ungelöst bleiben müssen, ausser wenn das Lehrbuch über Nasenkrankheiten, mit dessen Abfassung er zur Zeit seines Hinscheidens beschäftigt war, so weit gediehen sein sollte, dass es der Oeffentlichkeit übergeben werden kann.

Wie dem auch sein möge: Hack's Name wird auf immer mit der Geschichte des Aufblühens der Rhinologie in ehrenvoller Weise verknüpft bleiben. Denn wenn er auch Vorgänger hatte, die das Feld anbahnten, in welchem er sich während seiner kurzen Thätigkeit so ausgezeichnet hat, so wird es stets sein Verdienst bleiben, durch seine Arbeiten die öffentliche Aufmerksamkeit auf die früher sehr stiefmütterlich behandelte Rhinologie gelenkt zu haben. Mag er auch in seinem Enthusiasmus hier und da zu weit gegangen sein: die Ehrlichkeit seines Enthusiasmus ist selbst von seinen entschiedensten Gegnern niemals angetastet worden.

Persönlich war der Verewigte ein Mann von bestrickender Liebenswürdigkeit, enthusiastisch für alles Gute und Schöne, warm in seiner Anerkennung für die Leistungen Anderer, empfänglich für wohlmeinende Kritik. Als ich ihn zum letzten Male gelegentlich der letztjährigen Naturforscherversammlung sah, fand ich ihn etwas gedrückt und still. Schon vorher hatte er öfters brieflich über nervöse Ueberreiztheit und Ueberarbeitung geklagt, und es war unschwer zu sehen, dass die gerade damals gefällten, scharfen Urtheile über seine Theorieen seine feinbesaitete Seele empfindlich berührt hatten. Seine Verstimmung fiel gar manchem seiner Freunde auf. Aber wie weit waren wir Alle entfernt zu glauben, dass der anscheinend in rüstigster Kraft dastehende Mann vermuthlich schon damals den Todeskeim in sich trug! —

Nun ist er zur Ruhe gegangen, der glänzende Stern so schnell erloschen, als er aufgeglüht: seine Werke aber sichern seinem Namen in der Geschichte der Rhinologie dauerndes, ehrenvolles Gedächtniss!

Felix Semon.

Für die folgenden biographischen Notizen, sowie für die Liste von Hack's Arbeiten sind wir dem Schwager des Verewigten, Herrn Dr. Loebell, sowie Herrn Prof. Bäumler, durch dessen gütige Vermittelung wir dieselben erhielten, zu ganz besonderem Danke verpflichtet:

Wilhelm August Heinrich Hack, geb. zu Karlsruhe, den 19. Juli 1851, absolvirte das Gymnasium zu Karlsruhe, bezog die Universität Heidelberg, Herbst 1869 zum Studium der Medicin.

Da er eine geringe Verkürzung des rechten Beins hatte, konnte er den Feldzug 1870/71 zu seinem Leidwesen nicht als Militair mitmachen, ging aber als freiwilliger Krankenpfleger mit, und leistete nach Wörth und Gravelotte in den Hospitälern so gute Dienste, dass er durch Verleihung von 3 Medaillen ausgezeichnet wurde.

Nach dem Feldzug studirte er in Heidelberg weiter, machte sein Physicum in Marburg und bestand 1874 das med. Staatsexamen mit dem Prädikat „sehr gut"; ging nach Wien zur weiteren Ausbildung, wurde später Assistenzarzt zu Darmstadt, darauf an der chirurgischen Klinik in Heidelberg unter Simon bis zu dessen Tode, und nachher an der chirurgischen Klinik in Freiburg unter Maas. In diesen Jahren begleitete er auch den Leibarzt der Prinzessin Wilhelmine auf einer Reise nach Serbien.

Er habilitirte sich 1879 mit einer Schrift: „Ueber das Resorptionsvermögen granulirender Flächen" an der Universität zu Freiburg, wo er Vorlesungen über Hautkrankheiten, Syphilis, Kehl-, Rachen-, Nasenkrankheiten mit Cursen über dieselben hielt; verheirathete sich im August 1880 mit Fräulein Hanny Bernes aus Hanau, wurde am 16. Juli 1884 zum Prof. ext. ernannt, und starb am 23. April 1887 plötzlich durch eine Verstopfung der Art. coron. cord., welche durch ein Gerinnsel auf einer atheromatös entarteten Stelle der Intima verursacht wurde.

Schriften (soweit bekannt):

1. Kurzer Aufsatz über einen Fall von Hyperostose beider Felsenbeine etc. 1870 (als Student).
2. Beiträge zur Exarticulation des Fusses nach Syme. Nov. 1874. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.
3. Ueber instrumentelle Erweiterung des Mastdarms zu operativen Zwecken. Dec. 1876. v. Langenbeck's Archiv. Bd. XXI. Heft 2.
4. Ueber einen Fall von endolaryngealer Exstirpation eines Polypen der vorderen Commissur während der Inspirationspause. Berl. klin. Wochenschrift. 1878. No. 10.
5. Zur Casuistik complicirter Schädelfracturen mit Gehirnverletzung. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 1878.
6. Ueber die mechanische Behandlung der Larynxstenosen. 1878.
6a Obenerwähnte Habilitationsschrift. 1879.
7. Ueber Kehlkopfhusten. Aerztl. Mittheilungen aus Baden. 1881. No. 11 u. 12.
8. Ueber oberflächliche Excoriationen der Zunge. Monatsschrift f. pract. Dermatologie. 1881. Bd. I. Heft 2.
9. Rhinoscopisches. Aerztl. Mittheilungen aus Baden. 1882. No. 6.
10. Reflexneurosen und Nasenleiden. Berl. klin. Wochenschrift. 1882. No. 25.
11. Ueber Hypertrophie der dritten Tonsille. Vortrag, gehalten auf dem V. Oberrheinischen Aerztetag, publicirt in: Deutsche med. Wochenschrift. 1882. No. 41.
12. Ueber neuralgische Begleiterscheinungen bei Pharynxkrankheiten. Vortrag, gehalten auf der 56. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Freiburg. 1883. Publicirt in: Deutsche med. Wochenschrift. 1883. No. 42.

13. Ueber Varianten des physiologischen Kehlkopfbildes. Aus der Festschrift der 56. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Freiburg.

14. Beiträge zur Exstirpation der nasalen Schwellapparate. Deutsche med. Wochenschrift. 1884. No. 28.

15. Ueber eine operative Radicalbehandlung bestimmter Formen von Migräne, Asthma, Heufieber. Bergmann in Wiesbaden. 1884.

16. Riechen und Geruchsorgan. Populäre Vorlesung, gehalten in Freiburg und Karlsruhe. 1885. Bergmann in Wiesbaden.

17. Ueber chirurgische Behandlung asthmatischer Zustände. Vortrag, gehalten auf dem IV. Congress für innere Medicin. Publicirt in Berl. klin. Wochenschrift. 1885. No. 21.

18. Ueber Catarrhus autumnalis. Deutsche med. Wochenschrift. 1886. No. 9.

19. Zur operativen Therapie der Basedow'schen Krankheit. Vortrag, gehalten auf der XI. Wanderversammlung süddeutscher Neurologen und Irrenärzte zu Baden-Baden. Deutsche med. Wochenschrift. 1886. No. 25.

In der letzten Zeit war er mit der Ausarbeitung eines Lehrbuches über Nasenkrankheiten beschäftigt.

I. Die laryngo-rhinologische Literatur des Jahres 1886.

Die Vermuthung, der wir gelegentlich der Uebersicht über die laryngo-rhinologische Literatur in den ersten sechs Monaten des Jahres 1886 Ausdruck verliehen: dass nämlich die Verminderung der Production, von welcher jene Uebersicht zu zeugen schien, in der That nur eine scheinbare sein und durch unseren Referenten nachträglich zur Kenntniss kommende Arbeiten mehr als ausgeglichen werden dürfte (vgl. Centralblatt, Band III., S. 198), hat sich, wie die unten folgenden beiden Tabellen zeigen, in vollem Umfange bestätigt.

Es sind in der That nicht weniger als 1426 laryngo-rhinologische Arbeiten — abgesehen von grösseren Werken und bei Congressen etc. gehaltenen Vorträgen — im Laufe des Jahres 1886 veröffentlicht worden. Die Gesammtzahl der einschlägigen Beiträge dürfte sich auf ca. 1500 belaufen. Rechnen wir zu diesen die ca. 800 Arbeiten des Jahres 1884 (vgl. Centralblatt I., S. 229) und die ca. 1300 Arbeiten des Jahres 1885 (vgl. Centralblatt II., S. 521), so beträgt die Gesammtproduction der drei Jahre 1884, 1885, 1886 etwa 3600 laryngo-rhinologische Arbeiten! —

Bei der Betrachtung dieser erstaunlichen Zahl dürften die Gefühle eines unbefangenen Beurtheilers sehr gemischter Natur sein. Ohne Zweifel spricht sie beredt genug für den Fleiss und die Schaffensfreudigkeit der Arbeiter auf unserem Gebiete. Erwägt man aber andererseits, in welchem Verhältnisse diese enorme Summe literarischer Thätigkeit zu der innerhalb der drei letzten Jahre erzielten thatsächlichen Bereicherung unseres Wissens und Könnens steht, so wird sich wohl der begeistertste Fürsprecher der literarischen Verwerthung gemachter Erfahrungen nicht der Einsicht verschliessen können, dass hier ein Missverhältniss vorliegt und dass wir vor einer literarischen Ueberproduction bedenklicher Art stehen.

Es ist leichter, eine solche Ueberproduction zu constatiren, als ihr erfolgreich entgegenzutreten. Der Natur der Sache nach vermehren gerade diejenigen Autoren am meisten die Literatur mit überflüssigen Beiträgen, welche selbst nicht lesen! — Die wohlgemeinteste literarische Abmahnung vor unnützen Productionen fällt unter diesen Umständen einfach in's Wasser. Es dürfte sich Gelegenheit bieten, an anderer Stelle auf die Frage zurückzukommen.

Was unsere diesmalige Uebersicht anbelangt, so ist eine neue Verschiebung der Productionsverhätnisse zu constatiren. Frankreich, welches in den Vorjahren an vierter, resp. dritter Stelle marschirte, hat im Jahre 1886 die Führung übernommen. Die Productionsverhältnisse von Nordamerika, Grossbritannien, Deutschland, Belgien und Holland, der Schweiz und Polen sind ziemlich stationär geblieben, während Oesterreich, Italien, Spanien und die skandinavischen Königreiche mehr producirt haben und Russland ein weniges in seiner Production zurückgegangen ist. Wir bedauern lebhaft, dass wir von der weitaus grösseren Mehrzahl der spanischen Arbeiten keine Berichte bringen können. Hoffentlich gelingt es uns bald, auch die Leistungen unserer spanischen Collegen der Kenntniss unserer Leser zugänglich zu machen. —

Interessant ist es zu verfolgen, wie verschieden die Pflege einzelner Fragen sich in verschiedenen Ländern gestaltet: Frankreich bleibt dauernd der literarischen Verwerthung pharyngologischer Erfahrungen treu; in Nordamerika schreibt man am meisten über Nasenleiden und Diphtheritis, welch' letzterem Gegenstande die Intubation des Kehlkopfs neuen Impetus gegeben hat; in Grossbritannien lockt das Myxoedem und die Struma exophthalmica immer frische Beiträge hervor. Aber trotz alledem bezieht sich noch immer die relativ bei weitem grösste Zahl in unser Gebiet einschlägiger Arbeiten auf laryngologische Fragen im engeren Sinne.

Die laryngologische Literatur in den letzten sechs Monaten des Jahres 1886.

Länder.	Allgemeines.	Nase.	Rachen.	Diphtheritis und Croup.	Kehlkopf.	Schilddrüse.	Oesophagus.	Zusammen.
Frankreich	25	36	58	28	68	25	16	256
Grossbritannien und Colonien	22	15	23	14	52	20	16	162
Deutschland	8	34	15	19	38	16	9	139
Nordamerika	11	33	7	29	32	5	1	118
Italien	5	10	6	4	20	3	2	50
Oesterreich	10	10	10	3	7	5	1	46
Spanien	2	5	4	13	17	—	5	46
Belgien und Holland	4	3	4	5	4	2	2	24
Schweden, Norwegen, Dänemark	3	4	4	6	4	—	1	22
Russland	2	4	6	1	5	—	1	19
Polen	—	—	1	—	6	2	2	14
Schweiz	—	—	2	—	2	1	—	6
Zusammen	92	154	140	123	258	79	56	902

Die laryngo-rhinologische Literatur des Jahres 1886.

Länder.	Allgemeines.	Nase.	Rachen.	Diphtheritis und Croup.	Kehlkopf.	Schilddrüse.	Oesophagus.	Zusammen.
Frankreich	36	42	85	32	86	26	19	326
Nordamerika	24	80	23	67	61	9	12	276
Grossbritannien und Colonien	29	28	46	19	66	30	18	236
Deutschland	28	55	33	25	59	19	10	229
Oesterreich	16	23	19	4	18	8	7	95
Italien	12	18	7	6	30	4	2	79
Spanien	2	7	7	16	19	—	5	56
Schweden, Norwegen, Dänemark	6	7	4	10	7	2	4	40
Belgien und Holland	5	3	6	6	7	2	2	31
Russland	3	5	6	3	9	1	4	31
Polen	—	—	1	2	9	3	2	17
Schweiz	—	1	2	2	3	2	—	10
Zusammen	161	269	239	192	374	106	85	1426

II. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals, Instrumente etc.

1) **P. Koch** (Luxemburg). **Die Bedeutung des Laryngoscops für die Diagnose der extralaryngealen Affectionen. (Influence du laryngoscope sur le diagnostic des affections extra-laryngiennes.)** *Congrès de Nancy. 1886. — Ann. des mal. de l'or. No. 10. Oct. 1886.*

K. führt die wichtigsten Affectionen auf, in denen das Laryngoscop die Diagnose sichert. Es ist dies ein Artikel von allgemeiner Bedeutung und derartige Arbeiten sollten öfter veröffentlicht werden, um die Wichtigkeit des Kehlkopfspiegels in der medicinisch-chirurgischen Praxis zu zeigen. E. J. MOURE.

2) **Zwicke. Bericht über die chirurgische Klinik des Prof. Dr. Bardeleben pro 1884.** *Charité-Annalen. Bd. XI. S. 463. 1886.*

Interessant sind 3 Fälle von Oesophaguscarcinom, weil in allen aussen am Halse ein Tumor auftrat, welcher operirt wurde; die Fälle verliefen tödtlich. Stenose der Trachea nach einem vor 8 Monaten ausgeführten Luftröhrenschnitt, bedingt durch Granulationen; Entfernung mittelst Galvanokauter nach Erweiterung der Trachealfistel. 2 Fälle von totaler Kropfexstirpation ohne nachfolgende Schädigung, beide geheilt. Das Nähere im Original.

SCHECH.

3) **Bericht über die Société française d'otologie et de laryngologie.** Sitzung vom 27. October 1886. *Bullet. et Mém. de la soc. franç. etc. — Revue mens. de laryng. No. 12. Oct. 1886.*

Moura. Physiologische Rolle des M. arytaenoideus proprius. Er beschreibt die Anatomie der Giessbecken und meint, dass bei manchen Personen die Glottis respiratoria während der Phonation offen bleibe. Er giebt zu, dass die Anordnung der Muskelfasern die Giessbeckenknorpel um sich selbst drehen und dadurch die Stimmritze hinten halb öffnen lässt, so dass sie in Uebereinstimmung mit den Cricoarytaenoidei postici wirken.

M. Gouguenheim giebt diese dilatirende Function des Giessbeckenmuskels nicht zu.

Gellé. I. Epistaxis, hintere Tamponade der Nasenhöhlen, doppelseitige consecutive Otitis. II. Epistaxis, doppelseitige hämorrhagische Otitis, Eiterung des rechten Ohrs, Lungenentzündung. G. theilt zwei Beobachtungen von Kranken mit, welche die im Titel angegebenen Symptome darboten.

Miot frägt, ob die Eiterung der Trommelhöhlen nicht schon vorher existirte und dadurch die Epistaxis begünstigte.

Chatellier sah diesen Zufall nach der Nasendouche eintreten und Baratoux hat einen Fall beobachtet, der dem von Gellé analog war.

Moura. Anomalie der Stimmbandinsertion an dem Schildknorpel bei einem einjährigen Kind. Das rechte Stimmband ist in zwei Theile getheilt, die durch einen harten knorpeligen Knoten getrennt sind; auf diese Weise entsteht eine quere Schleimhautfalte, die sich im Ventrikel verliert. Das Taschenband bietet in seinem hinteren Drittel einen kleinen Eindruck in Gestalt eines Bechers dar. Der Ansatzknoten des rechten Stimmbandes ist nicht verwachsen. Es folgen einige embryologische Betrachtungen über die Entwicklung des Larynx.

Chatellier. Fibromucöser Polyp der Choanen, Zerstückelung des Tumors; Exstirpation ohne vorhergehende Tracheotomie, histologische Untersuchung; Bemerkungen. Die Operation war beinahe blutlos. C. meint, dass man in diesen Fällen keine präliminäre Operation machen solle.

E. J. MOURE.

4) **F. Bowreman Jessett** (London). **Ueber Krebs des Mundes, der Zunge und des Verdauungstractus etc. (On cancer of the mouth, tongue and alimentary tract etc.)** London. J. u. A. Churchill. pp. 301. 1886.

Die über den Krebs der Lippen, des Antrums, der Zunge, Tonsille, des Pharynx und Oesophagus handelnden Kapitel dieses Werkes haben für die Leser des Centralblatts Interesse. Der am Cancer Hospital in Brompton angestellte Verfasser, der über ein sehr bedeutendes eigenes Material verfügt, bringt zwar nicht viel sonderlich Neues, stellt aber Bekanntes in angemessener Form zusammen. Sehr merkwürdig ist eine gleich im ersten Kapitel gebrachte vergleichende Zusammenstellung der relativen Häufigkeit des Krebses in verschiedenen Körpertheilen unter 860 im Cancer Hospital behandelten Krebsfällen. Derselben zufolge waren befallen:

Lippen in	160 Fällen,
Zunge in	190 „
Mund in	17 „
Gesicht in	97 „
Kehlkopf und Trachea in . .	4 „
Uterus in	222 „
Labia und Vagina in. . . .	52 „
Rectum in.	26 „
Penis und Scrotum in . . .	23 „
Ohr in	2 „
Andere Körpertheile in. . .	67 „
	860 Fälle.

Für denjenigen, der eine Zusammenstellung grösserer Reihen von Fällen behufs statistischer Verwerthung sucht, ist die Lectüre des Buches wohl zu empfehlen. SEMON.

5) **Davezac. Suppurative Parotitis etc. (Parotide suppurée etc.)** *Mém. et Bull. soc. méd. et chirurg. de Bordeaux. p. 12—14. 1886.*

Nichts Neues. E. J. MOURE.

6) **Cabadé** (Valence d'Agan). **Parotisfisteln. (Fistules parotidiennes.)** *Société de Chirurgie de Paris. 7. Juli 1886.*

Gelegentlich einer Beobachtung von C., welcher eine Kranke behandelt hatte, die nach Abtragung einer Drüsencyste der Parotis mittelst des Ecraseurs eine Speichelfistel bekommen hatte, bemerkt Terrier, dass die Anwendung eines solchen Verfahrens in diesen Fällen Vertrauen auf blindes Glück haben hiesse. Er erhebt sich auch gegen die Ansicht von C., welcher die Heilung der Fistel durch Collod. terebinthin. herbeigeführt zu haben glaubt. E. J. MOURE.

7) **J. H. Thompson. Exstirpation der Parotis. (Estirpazione della glandula parotide.)** *Giornale internazionale di scienze mediche. VIII. p. 227. Napoli, 1886.*

32jährige Frau. Fibröse Degeneration der Drüse. Exstirpation des orangegrossen Tumors mit der Kapsel. Glatte Heilung. KURZ.

8) **Délie** (d'Ypres). **Cyste der Unterzungenbeingegend. (Kyste de la région sous-hyoïdienne.)** *Revue mens. de laryng., otolog. etc. Oct. 1886.*

Patient, ein junger Mann von 26 Jahren, hatte eine Cyste, deren Umfang 13 Ctm. in verticaler und 15 Ctm. in der Quere betrug. Er wurde durch Punction und zwei Jodinjectionen innerhalb dreier Wochen geheilt. E. J. MOURE.

9) **Dumenil. Chirurgische Behandlung der chronischen Halsdrüsenentzündung durch Ignipunctur. (Du traitement chirurgical des adénites cervicales chroniques par l'ignipuncture.)** *La Normandie méd. No. 17. 1. Juli 1886.*

D. bewirkt die tiefe Cauterisation der Drüsenmassen mit einem Platindraht oder der Spitze des Thermocauters. Er empfiehlt dieses Verfahren, da es ihm zufriedenstellende Resultate in 14 Fällen geliefert hat. E. J. MOURE.

10) **Wendell C. Phillips. Ein neues Instrument zu Applicationen im Halse. (A new throat applicator.)** *New-York Med. Record. 30. Oct. 1886.*

Das Instrument ist eine Uterussonde, welche hinsichtlich der Länge, der Grösse des Handgriffs und des Stiels, sowie des angewendeten Materials modificirt ist. Sie ist aus echtem Silber gefertigt. An ihrem Ende ist sie so abgefeilt, dass sie sich leicht in jede Krümmung oder jeden Winkel biegen lässt, der nothwendig ist, um eine erfolgreiche Anwendung in Nase, Rachenhöhle oder Larynx mittelst an ihrem Ende befestigte Wattewicken zu ermöglichen. LEFFERTS.

11) **A. H. Hassall** (London). **Eine neue Inhalationsmethode und ein neuer Apparat. (On a new method of inhalation and a new form of apparatus.)** *Lancet. 30. Jan. 1886.*

H. beschreibt einen aus einem Glascylinder bestehenden Apparat, dessen eines Ende durch einen Pfropfen verschlossen wird, durch welchen vier Röhren gehen. Die eine, von grösserem Durchmesser geht nur eine kurze Strecke über den Pfropfen hinaus und ist an der Spitze wie ein Mundstück gekrümmt, während die drei kleineren abwärts nahe zum Boden des Cylinders gehen. Die zu inhalirende Lösung wird in den Cylinder gebracht und durch das Mundstück eingeathmet. Frische Luft zum Ersatz tritt durch die drei kleineren Röhren ein und, indem sie durch die Flüssigkeit streicht, wird sie mit Dämpfen geladen. Die Menge der inhalirten Lösung kann durch Graduirungen auf der Seite des Cylinders gemessen werden. A. E. GARROD.

12) **Horrard Smith. Ein Vorschlag zur leichteren Behandlung des Nasenrachenraumes oder des Larynx. (A device intendent to facilitate application to the posterior nares or larynx.)** *New-York Medical Record. 7. Aug. 1886.*

Das Gummirohr des Zerstäubers ist auf ca. 5 Fuss verlängert, so dass das Gebläse auf dem Boden unter dem Fuss des Operateurs dicht am Stuhl des Patienten liegen kann. Der Operateur hält die Flasche und dirigirt den Spray mit der einen Hand, mit der anderen den Gaumenhaken, den Zungenspatel oder Spiegel, während er das Gebläse fest und schnell mit dem Fuss drückt und dadurch einen feineren und stärkeren Spray erzeugt, als mit der Hand. Es ist ebenso vortheilhaft, nach diesem Vorschlage die verschiedenen Pulverbläser zu verwenden.
W. J. SWIFT (LEFFERTS).

13) **Schadewaldt** (Berlin). **Eine physikalische Vervollkommnung der laryngoscopischen Beleuchtungsapparate mit verdreifachter Ausnutzung der Lichtquelle mittelst sphärischer Reflexion.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 35. p. 604. 1886.*

Beschreibung und Abbildung des Beleuchtungsapparats, der auf der Ausstellung der Naturforscherversammlung ausgestellt war. Das Wesentliche desselben ist eine innen polirte Glaskugel, die über die Flamme, wie eine Lampenglocke, gestülpt wird, und das Licht so bricht, dass die Strahlen wieder in die Flamme zurückkehren. Eine Linse ist in der Kugel angebracht, und deren Brennweite so gewählt, dass die Flamme im Focus steht: Photometrische Messungen, die Verfasser angestellt hat, haben ergeben, dass das Licht durch seinen Apparat dreifach ausgenutzt wird. Das von der Linse ausgehende parallele

Licht sammelt ein Hohlspiegel von 15 Ctm. Brennweite, und benutzt Verfasser nicht das Flammenbild, sondern einen dahinter liegenden Zerstreuungskreis.

B. FRAENKEL.

14) **K. Bürkner** (Göttingen). **Die Verwendbarkeit des Auer'schen Gasglühlichtes zu medicinischen Zwecken.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 48. 1886.*

Das Auer'sche Licht sei billig in der Anlage, verbrenne weniger Gas und habe eine weisse, wenig blendende Farbe. Wenn aber B. dasselbe für die Rhinoscopie namentlich seiner Intensität wegen empfiehlt, so ist diese Begründung unrichtig. Referent ist der Erste gewesen, der von dem Patentinhaber J. Pintsch (Berlin) genanntes Licht zu medicinischen Beleuchtungszwecken erhielt, verwendet dasselbe seit einem halben Jahre (cf. den Bericht über die Ausstellung bei Gelegenheit der Naturforscheversammlung, Centralblatt III, No. 6) und ist von den übrigen Vortheilen desselben durchaus durchdrungen. Aber es steht erst in Aussicht und wird voraussichtlich auch bald erreicht werden, dem Gasglühlicht die Intensität eines Argandbrenners zu verschaffen. Bisher ist dies aber noch nicht gelungen.

B. FRAENKEL.

15) **Voltolini. Ueber electrolytische Operationen mit Demonstration von Instrumenten.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 10. 1886.*

V. empfiehlt die Electrolyse hauptsächlich zur Operation der Nasenrachengeschwülste. Die früher üblichen Nadeln hat V. als zu gefährlich verlassen — ein Patient starb an Meningitis — und dafür electrolytische Zangen, Pincetten und Schneideschlingen construirt. Während der Electrolyse steigt die Temperatur des behandelten Theiles um 14° C. Zum Schlusse polemisirt V. gegen die Anschauung, dass Nasenrachengeschwülste überhaupt nicht radical geheilt werden könnten und erwähnt mehrere Kranke, die von ihm radical geheilt wurden.

SCHECH.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **Serrand** (René). **Behandlung des trockenen Nasenrachencatarrhs. (Traitement du catarrhe naso-pharyngien sec.)** *Journ. de méd. de Paris. 20. Juni 1886.*

Nichts Neues.

E. J. MOURE.

17) **Tissier. Studie über die Bursa pharyngea, oder Luschka'sche Bursa vom anatomischen und pathologischen Standpunkt aus. (Etude de la bourse pharyngée ou bourse de Luschka, au point de vue de l'anatomie et de la pathologie.)** *Ann. des mal. de l'oreille etc. No. 10 u. 11. 1886.*

T. veröffentlicht eine Beobachtung, von der er bemerkt, dass sie die erste sei, die in Frankreich über diesen Gegenstand publicirt wurde. Er erinnert zugleich an die Arbeit von Tornwaldt über diesen Gegenstand, welcher er die Geschichte dieser Frage und die meisten Details, welche er giebt, entlehnt hat. Er schliesst mit der Mittheilung einer Beobachtung (Fall III) dieses Verfassers und einer von Keimer und Broich. Hierauf spricht er von den Cysten der Bursa pharyngea, indem er die Statistik von Tornwaldt über diesen Gegenstand mittheilt und beschreibt die von diesem Autor empfohlenen Behandlungsweisen.

E. J. MOURE.

18) **Broich** (Hannover). **Ein kurzer casuistischer Beitrag zu Tornwaldt's Beobachtungen über Erkrankung der Bursa pharyngea.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 5, 6 u. 7. 1886.*

B. beobachtete 7 hierher gehörige Fälle.

1. Dickschleimiger Catarrh der Bursa; periodische Borkenbildung am Rachendach von schildartiger Form; hervorragende Kopf- und Halssymptome; partielle Heilung. Die sehr ausführliche Krankengeschichte ist im Original zu lesen.

2. Cararrh der Bursa mit dickschleimigem Secret; periodisches Nasenbluten; dyspeptische Erscheinungen; Heilung durch Höllensteinätzung.

3. Schleimig-eitriger Catarrh der Bursa; Aufschlürfen durch die Nase; Benommenheit des Kopfes und häufiger Kopfschmerz; Verschleimung im Halse. Heilung. (Die vorhandene Hyperplasie der Nasenmuscheln soll spontan zurückgegangen sein [auf die Dauer? Anmerkung des Referenten].)

4. Schleimig-eitriger Catarrh der Bursa; Otitis media purulenta dextra; Kopfschmerz; Epistaxis; Heilung.

5. Colossale Schleimsecretion aus der Bursa von ausserordentlich zäher Consistenz; nasale Sprache; Fremdkörpergefühl im Halse; schwere Träume und Schlaflosigkeit; Heilung.

6. Schleimig-eitriger Catarrh der Bursa; Hemicranie; chronische Laryngitis; Heilung.

7. Catarrh der Bursa; Pharyngitis granulosa; rothe Nase; Heilung.

8. Eitriger Catarrh der Bursa und der linken Nasenhöhle; Aphonie; linksseitiger Stirnkopfschmerz; einzelne phthisische Symptome; Besserung.

B. sagt zum Schlusse, die Erkrankungen der Bursa seien nicht so selten und verliefen zuweilen unter den quälendsten Symptomen; zur Diagnose bedürfe man der Gaumenhaken; die Therapie sei eine recht dankbare. Aetiologisch kommen wohl acute und chronische Nasenrachencatarrhe hauptsächlich in Betracht. SCHECH.

19) **Luc. Beitrag zum Studium der Tornwaldt'schen Krankheit. (Contribution à l'étude de la maladie de Tornwaldt.)** *France méd. No. 120, 121. 1886.*

Kritische Studie der Arbeit von Tornwaldt. E. J. MOURE.

20) **Löwenberg. Ein neues Verfahren zur Entfernung der adenoiden Vegetationen. (Nouveau procédé pour l'exstirpation des végétations adénoïdes.)** *Progrès méd. 22. Mai 1886.*

L. empfiehlt ein Messer mit innerer Schneide und einer Deckvorrichtung. Es ist dies ein Messer ähnlich demjenigen, welches für den Kehlkopf gebraucht wird. (Vgl. Referat 34 der letzten Juninummer. Red.) E. J. MOURE.

21) **H. V. Carter** (Bombay). **Nasenrachenpolyp. (Naso-pharyngeal polypus.)** *Trans. Medical and Physical Soc. Bombay. VII. u. VIII. Neue Folge. p. 100.*

Ein 24jähriger Mann hatte seit einem Jahre an häufiger Epistaxis und Kopfschmerz gelitten, welchen in ca. 2 Monaten eine mässige Verstopfung der linken Nasenseite folgte. Man fühlte einen festen Tumor, der beide Nasenlöcher ausfüllte. Es bestand heftiger Kopfschmerz. Die Stimme war nasal.

Die Basis des Tumors wurde mit einer Stahlkette, welche von vorn das linke Nasenloch entlang geführt wurde, gespalten und der Tumor von hinten entfernt. Es entstand zuerst eine beträchtliche Blutung, die jedoch bald aufhörte.

Der Tumor hatte eine Einschnürung nahe seiner Mitte und seinem Stiel; der vordere Theil war so geformt, wie es den Nasenhöhlen entsprach, und der hintere Theil war rundlich und gelappt. Der Polyp hatte eine fibro-adenoide Structur. A. E. GARROD.

22) **Menocal. Fibrom des Nasenrachenraumes, Exstirpation, Heilung. (Fibroma naso-faringeo, extirpacion, curacion.)** *Cron. méd.-quir. de la Habana. XII. p. 401—406. 1886.*

Nicht zugänglich. Red.

23) **Bouilly. Behandlung der Nasenrachenpolypen durch ein mildes Verfahren. (Traitement des polypes naso-pharyngiens par les procédés de douceur.)** *Le praticien. 1. Sept. 1886.*

In einer klinischen Vorlesung gelegentlich der Vorstellung eines Kranken bemerkt B., dass es Fälle giebt, in denen die palliative Methode vor der radicalen Zerstörung den Vorzug verdiene. E. J. MOURE.

24) **N. Jacobson. Tumor des Nasenrachenraums. (Naso-pharyngeal tumor.)** *New-York Med. Journal. 27. Nov. 1886.*

Ein unbedeutender Fall von einem Tumor, welcher nach vorheriger Resection des Oberkiefers exstirpirt wurde. LEFFERTS.

25) **E. J. Moure** (Bordeaux). **Cystenpolyp des Nasenrachenraums. (Polype kystique des arrières fosses nasales.)** *Société d'anatomie de Bordeaux. 16. Febr. — Journal de Méd. de Bordeaux. 12. Sept. 1886.*

M. zeigt einen Cystentumor vor von Hühnereigrösse mit seiner fast unversehrten fibrösen Hülle, dessen fibrösen Theil er von vorn her durch die Nase mittelst einer Zange durchschnitten hatte, worauf die Geschwulst durch den Mund ausgeworfen wurde.

In der Discussion bemerkt Coyne, dass solche Cysten in Folge der Reibung, der sie ausgesetzt sind, mit Pflasterepithel bedeckt sind, und dass es keine wahren Cysten sind, sondern nur cystische Erweiterungen. E. J. MOURE.

26) **Delassus. Polyp des Nasenrachenraums. (Polype naso-pharyngien.)** *Journal des sc. méd. de Lille. p. 590. 20. Juli 1886.*

Der über der Tuba Eustachii sitzende Tumor wurde durch den Mund mit dem Linienécraseur entfernt. E. J. MOURE.

27) **C. Schenk. Die Nasenrachenpolypen und deren operative Behandlung.** Lippstadt, 1885. A. Staats.

Dem Referenten nicht zugänglich. SCHECH.

c. Mundrachenhöhle.

28) **Guinier** (Cauterets). **Gutartige Mycose des Schlundes. (Du mycosis benin de l'arrière gorge.)** *Revue de laryngolog. etc. No. 2. Febr. 1886.*

Verfasser veröffentlicht einen derartigen Fall ohne histologische Untersuchung. Er verlässt sich auf das, was er darüber gelesen hat, um die Diagnose zu stellen.
E. J. MOURE.

29) **Royer. Angina follicularis und deren Behandlung mit dem Wasser von Challes. (De l'angine glanduleuse et son traitement par les eaux de Challes.)** *Annales de la soc. d'Hydrolog. méd. de Paris. p. 317. 1886.*

Ein balneotherapeutischer Artikel.
E. J. MOURE.

30) **Prévost. Lähmung einer oberen Extremität in Folge von einer einfachen Angina. (Paralysie du membre supérieur consecutive à une angine simple.)** *Paris méd. 6. März 1886.*

Der Titel zeigt an, um was es sich handelt.
E. J. MOURE.

31) **Cobrat** (Lyon). **Scarlatinöse Anginen. (Angines scarlatineuses.)** *Société des scienc. méd. de Lyon. Juli. — Lyon méd. p. 211. 17. Oct. 1886.*

C. erinnert daran, dass es zwei Arten von scarlatinöser Angina gäbe, die einfache und die diphtheritische Form. Er frägt sich, ob letztere wirklich diphtheritisch sei, indem er bemerkt, dass Drüsenvereiterung bei Scharlach gewöhnlich, bei Diphtherie aber selten sei. Mollière meint, dass diese Frage nur durch Impfung entschieden werden könne.

Poucet erklärt, dass die Diphtherie sicher pilzlicher Natur sei.
E. J. MOURE.

32) **Böckel** (Strassburg). **Gebrauch des Cocaïns zur Palliativbehandlung der Amygdalitis. (Sur l'emploi de la cocaïne appliqué au traitement palliatif de l'amygdalite.)** *Gaz. med. de Strassbourg. 1. April 1886.*

Ein Abscess in dieser Gegend barst $^3/_4$ Stunden nachdem drei Pinselungen mit einer 10proc. Lösung gemacht worden waren. Der Theil war noch anästhetisch.
E. J. MOURE.

33) **E. Gayraud. Mandelhypertrophie bei Kindern. (De l'hypertrophie des amygdales chez les enfants.)** *Gaz. hebdom. des sciences méd. de Montpellier. IV. p. 49 à 54. 1886.*

Nicht zu erlangen.
E. J. MOURE.

34) **Terillon. Zufälle, welche durch Steine in den Tonsillen hervorgerufen werden. (Les accidents causés par les calculs des amygdales.)** *Arch. génér. de méd. Aug. 1886.*

T. erklärt, dass nach Robin diese Steine durch kleine Kalkcrystalle gebildet werden, welche er mit Hülfe des Mikroscops inmitten der Follikel der Mandeln und des Pharynx entdeckt hat. T. berichtet darauf seine Beobachtung bei einem Kranken, welcher ein hartnäckiges Halsleiden hatte, welches erst wich, als er einen Stein von der Grösse einer Haselnuss entfernt hatte.
E. J. MOURE.

35) **Ricordeau** (Poitiers). **Zufälle nach der Tonsillotomie; Behandlung der Mandelhypertrophie durch Ignipunctur. (Des accidents consécutifs à l'amygdalotomie; du traitement de l'hypertrophie des amygdales par la cautérisation ignée.)** *Thèse de Paris. No. 263. 1886.*

R. verurtheilt zunächst die Tonsillotomie mit einem schneidenden Instrument, sich stützend auf eine Geschichte der Ansichten von Autoren, welche die Gefahren der blutigen Operation betonen. Es kommt dann eine Reihe von Beobachtungen, die grösstentheils bekannt sind.

Es folgt hierauf die Geschichte der Ignipunctur zur Behandlung der Mandelhypertrophie und eine Reihe von Beobachtungen, welche die Wirksamkeit dieses Verfahrens, das er empfiehlt, bestätigen. Er empfiehlt zu diesem Zweck den Thermocauter, dunkelroth und mit denjenigen Cautelen angewendet, welche Jedermann kennt. E. J. MOURE.

36) **J. A. Esteves. Zwei Fälle lateraler Rachenphlegmone, Operation, Heilung. (Dos casos de flegmon latero faringeo, operacion, curacion.)** *Rev. argentin. de cien. med. Buenos-Aires. III. p. 49—55. 1886.*

Nicht zugänglich. Red.

37) **Barbillon. Abscess der seitlichen Pharynxwand; Tod durch Erstickung. (Abscès latero-pharyngien ayant occasionné la mort par suffocation.)** *Société anat. de Paris. 11. Jan. 1886.*

Nicht zu erlangen. E. J. MOURE.

38) **M. Zitrin. Zur Casuistik des Retropharyngealabscesses. (K kasuistice soglatoschnich nariwow.)** *Russ. Med. No. 22. 1886.*

Beschreibung eines Retropharyngealabscesses, der an der rechten Seite ziemlich tief sass, so dass er nur palpirt, nicht aber gesehen werden konnte. Der Pat. liess sich nicht laryngoskopiren. Der Abscess machte Athmungs- und Schlingbeschwerden. Beim Einführen der Schlundsonde platzte der Abscess. Anfangs Besserung, nach einigen Tagen Verschlimmerung und Exitus letalis. Weder die Todesursache noch ein Sectionsprotocoll sind mitgetheilt. LUNIN.

39) **Huijsman. Idiopathische Retropharyngealabscesse. (Idiopatisch Retropharyngealabsces.)** *Weekblad van het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde. No. 51. 1886.*

In dem ersten Falle, bei einem 2 Jahre alten Mädchen, war die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Croup gestellt worden, als der Autor einen Pharyngealabscess entdeckte, welchen er mit dem Bistouri eröffnete. Heilung nach ein paar Tagen.

Der zweite Fall betrifft einen 69jährigen Mann mit Schluckbeschwerden, so dass schon seit einiger Zeit keine festen Speisen mehr passiren konnten. Der Autor fand in der Höhe der Cartil. cricoid. einen Pharyngealabscess, welcher wegen Wiederanfüllung zweimal eröffnet wurde. Heilung complet nach einer Woche.

Beim dritten Fall einer 30jährigen scrophulösen Person konnte ein hühnereigrosser Pharyngealabscess bei directer Inspection wahrgenommen werden. Die Eröffnung musste wegen Wiederansammlung des Eiters ein zweites Mal vorgenommen werden. BAYER.

40) **Tommasetti. Retropharyngealabscess. (Ascesso retrofaringeo.)** *Riforma medica. No. 138. 1886.*

T. machte in Ermangelung eines Messers Scarificationen mit dem Fingernagel. Blutegel, Cataplasmen, Vesicantien. Heilung. KURZ.

41) **Gallozzi. Acuter Retropharyngealabscess. (Ascesso acuto retrofaringeo.)** *Riforma medica. No. 120. 1886.*

Es handelt sich um einen 50jährigen Kranken, bei dem der Abscess nach einer heftigen Hustenattake im Verlauf eines Monats sich entwickelt hatte. Eröffnung in der gewöhnlichen Weise. KURZ.

42) **G. Seppilli** (Imola). **Krebs des Rachens mit Ausbreitung in die linke mittlere Schädelgrube und Atrophie der Zellen des linken oberen Cervicalganglion des Sympathicus. (Cancro della retro-bocca con diffusione alla fossa media sinistra del cranio ed atrofia delle cellule del ganglio cervicale superiore sinistro del simpatico.)** *Archivio ital. per le malattie nervose. XXIII. p. 183. 1886.*

Krankengeschichte nebst Obductionsbefund. KURZ.

43) **Monod** (Paris). **Die präventive Tracheotomie bei Operationen im Pharynx. (De la trachéotomie préventive dans les opérations pratiquées sur l'arrière gorge.)** *Société de chirurgie de Paris. 24. Febr. 1886.*

M. schlägt die präventive Tracheotomie vor, um die infectiösen Pneumonien zu vermeiden, welche durch das Eindringen von Detritus oder septischer Secrete entstehen. Er ernährt dann seinen Kranken mit der Schlundsonde, welche er in die Nase einführt.

Verneuil spricht sich gegen dieses Verfahren aus, weil die Tracheotomie keine gleichgültige Operation sei, und weil die Pneumonie mehr eine Folge des Allgemeinzustandes des Kranken, als eine Infection wäre. Terrier, Trélat, Polaillon, Desprès und Lefort schliessen sich dieser Ansicht an.

Marchand empfiehlt die Tracheotomie dann, wenn die Operation die Seitenpartien des Pharynx betrifft. E. J. MOURE.

44) **Monod** (Paris). **Exstirpation von Pharynxtumoren. (Ablation des tumeurs du pharynx.)** *Soc. de chirurgie de Paris. 7. Juli 1886.*

Bei Gelegenheit der Mittheilung Verneuil's über diesen Gegenstand behauptet M., dass es septische Pneumonien in Folge von Operationen am Pharynx gäbe. Er beruft sich zur Stütze seiner Ansicht auf die Autorität von G. Sée, Cornil und Babès und auf die Erfahrungen von Feld.

Verneuil hält seine Meinung aufrecht, dass die Pneumonie eine Folge des schlechten Allgemeinzustandes des Kranken sei. E. J. MOURE.

45) **Verneuil** (Paris). **Das chirurgische Verfahren bei Pharynxtumoren. (De l'intervention dans les tumeurs du pharynx.)** *Société de chirurgie de Paris. 10. Juni 1886.*

V. macht diese Mittheilung besonders deshalb, um das Verfahren von Monod zu bekämpfen, d. h. die prophylactische Tracheotomie bei Operationen am Pharynx. Er glaubt nämlich nicht, dass die Eröffnung der Trachea und die

Tamponade des Larynx den Kranken vor septischer Infection schützt. Man wird eine weit bessere Asepsis erhalten, wenn man auf der Seite der Wange eine offene Wunde lässt, durch welche man die Wunde behandeln und überwachen kann. E. J. MOURE.

46) **Lodder. Exstirpation eines sehr umfangreichen Pharyngealtumors. Heilung. (Exstirpatie van een zeer omvangrijken Pharyngealtumor. Genezing.)** *Weekblad van het Nederlandsch Tijdschrift vor Geneeskunde. No 47. 1886.*

Der vom retropharyngealen Bindegewebe ausgegangene, als Fibrosarcom sich darstellende Tumor wog nach seiner Ausschälung 90 Grm. und hatte einen Längen-, Breiten- und Dickendurchmesser von resp. 7, 5 und 4 Ctm.

Die Schnittwunde wurde mit Catgut vereinigt. BAYER.

47) **Wheeler** (Dublin). **Pharyngocele und Dilatation des Pharynx mit einem Diverticulum am unteren Ende des Pharynx, hinter dem Oesophagus; geheilt durch Pharyngotomie. Der erste dieser Art berichtete Fall. (Pharyngocele and dilatation of the pharynx with existing diverticulum at lower portion of pharynx lying posterior to the oesophagus, cured by pharyngotomy, being the first case of the kind recorded.)** *Dublin Journal of Medical Science. Nov. 1886.*

Der Titel liefert eine mehr oder wenig vollständige Uebersicht über den Fall. Folgende Punkte sind von besonderem Interesse in der sehr werthvollen Abhandlung.

Die veranlassende Ursache des Zustandes schien ein übermässiger Gebrauch der Stimme zu sein, welcher bewirkte, dass die Theile ihre Widerstandskraft einbüssten. Die Geschwulst hatte allmälig an Umfang zugenommen und wurde zuerst irrthümlich für eine Cyste gehalten. Sie enthielt Luft, flüssige und feste Speisepartikel und dehnte sich schliesslich vom Unterkieferast bis unter den Schildknorpel aus. Die Larynx war congestionirt und das rechte Stimmband gelähmt. Der Patient war heiser, wenn er jedoch den Hals bog und den Tumor nach hinten zog, so gewann er zeitweilig die Stimme wieder.

Als das Platysma mit dem Muskelgewebe sorgfältig von dem Tumor abgelöst worden war, zeigte es sich, dass derselbe dünnwandig war. Als man ihn eröffnete, entwich ein Luftstrom und die Geschwulst collabirte. Die hervorragendste Stelle der Geschwulst entsprach dem Sinus pyriformis, und diesem Factum schreibt Wheeler die Unbeweglichkeit des rechten Stimmbandes zu. Er meint in der That, dass das Stimmband nicht paralytisch, sondern nach aussen gedrängt war. „Gleichzeitig mit der Eröffnung des Tumors kehrte die Stimme des Patienten fast zur Norm zurück". Es wurde ein grosses Stück aus dem Pharynx ausgeschnitten, welches sich von dem Unterkieferast bis zu dem untersten Punkt der Dilatation erstreckte, wo eine Tasche gefunden wurde, welche Nahrungspartikel enthielt und hinter dem Oesophagus gelegen war. Diese Tasche wurde erreicht, indem man sie nach oben zog, und wurde vollständig exstirpirt. Es wurden Suturen durch die Mucosa, das Muskelgewebe und die Haut gesondert gelegt und eine ungestörte Heilung erzielt. Die Schleimhautnähte wurden allmälig durch die Wunde oder den Mund ausgestossen. — Der Artikel schliesst mit einem kurzen Hinweis auf die Literatur dieses Gegenstandes und ist sehr lesenswerth.

MC. BRIDE.

48) **Cortial. Fall von Blutegel im Halse. (Observation de sangsue implantée dans l'arrière-gorge.)** *Union méd. No. 122. 9. Sept. 1886. — Arch. de méd. et pharm. milit. p. 143. 1. August 1886.*

Der Kranke hatte Bluthusten ohne Lungenerscheinungen. Das Examen des Rachens fiel negativ aus. Es wurden Inhalationen mit einer wässerigen Lösung von Kalium chloratum gemacht. Nach der dritten Inhalation wurde ein Blutegel ausgehustet. E. J. MOURE.

49) **Lecerf. Fremdkörper im Pharynx. (Corps étranger du pharynx.)** *Bulletin méd. du Nord. No. 10. October 1886.*

Es handelt sich um ein Pfeifenstück, welches durch einen Faustschlag in die linke Mandel gestossen worden war; es wurde an dem Geruch des Tabakssaftes erkannt. Das Stück hatte freilich einen solchen Umfang, dass es, wie uns scheint, bei der ersten Untersuchung erkannt werden musste. E. J. MOURE.

d. Diphtheritis und Croup.

50) **Valin** (Fécamp). **Studie über die Diphtherie im Departement Seine-inférieure und über die in Rouen erhaltenen Resultate durch die Tracheotomie bei Croup. (Etude sur la diphthérie dans le département de la Seine-inférieure et sur les résultats obtenus à Rouen par la trachéotomie dans les cas de croup.)** *Thèse. No. 80. Paris, 1886.*

Diese These, welche nichts Neues enthält, hat den Zweck, zu beweisen, dass die Diphtherie in der Seine-inférieure existirt und dass die Tracheotomie eine nützliche Operation sei! E. J. MOURE.

51) **Grancher** (Paris). **Inoculation und Incubation der Diphtherie. (Inoculation et incubation da la diphtherie.)** *Semaine méd. 20. Juli 1886.*

Bei Gelegenheit eines Kranken, der an chronischer Diphtherie litt, meint G., dass man bei dieser Affection drei Formen unterscheiden kann: die gutartige, infectiöse und foudroyante. Er hält die Krankheit für eine microbiotische. Die Incubation ist verschieden, je nach der Qualität und Quantität des Virus und dem Sitz der Infection. Da er die Hautdiphtherie für eine relativ gutartige hält, so hofft er, dass man eines Tages einen wirksamen Impfstoff finden werde.

E. J. MOURE.

52) **J. de Monmeneu. Bemerkungen über die diphtheritische Angina. (Notas sobre la angina diftéritica.)** *Rev. de med. y cirurg. pract. XVII. 609. Madrid. 1885.*

53) **Campá. Klinische Bemerkungen über die Diphtheritis. (Apuntos clinicos sobre la diftéria.)** *Cron. med. IX. 304, 397, 453, 489, 581. Valencia. 1885—1886.*

54) **L. C. Maglioni. Abortive Behandlung der Diphtheritis etc. (Tratamiento abortivo de la diftéria etc.)** *Rev. argentina de cien. méd. III. 157—162. Buenos-Aires. 1886.*

55) **Alváro Esquerdo. Weitere Fälle von Tracheotomie bei der Diphtheritis der Respirationswege. (Otros casos de traqueotomia en la diftéria de las vias respiratorias.)** *Rev. de cien. med. XII. 423. Barcelona. 1886.*

56) **M. de Francisco y Baquero. Betrachtungen gelegentlich zweier bemerkenswerther Fälle von Diphtheritis. (Consideraciones acerca de dos notables casos de diftéria-angina y croup.)** *An. de otol. y laringol. III. 30, 56. Alcalá de Henares. 1885.*

57) **J. Vidal Puchels. Die Diphtheritis und ihre methodisch rationelle Behandlung im Einklange mit der Pathogenese und der Klinik. (La diftéria y su tratamiento metódico-racional en armonia con la patogenia y la clinica.)** *Progressos ginec. II. 113, 177. Valencia. 1886—1887.*

58) **F. Rodón. Aufklärungen über die Calomelbehandlung des Croup. (Aclaraciones al tratamiento del crup por los calomelanos.)** *Gac. méd. catal. IX. 545—550, 577—584. Barcelona. 1886.*

59) **D. Gonzalez. Salicylsäure bei der diphtheritischen Coryza. (El ácido salicílico en el coriza diftérico.)** *Gac. méd. catal. IX. 513—519. Barcelona. 1886.*

60) **Aramburo Martinez. Die Prognose bei der Diphtheritis. (El pronóstico en la diftéria.)** *Anales de Obstetr. Gynep. y Ped. Madrid. November 1886.*

61) **Carlan. Ueber Diphtheritis. (Diftéria.)** *El siglo med. 14. November 1886.*

Nicht zugänglich. RED.

62) **Laënnec. Angina diphtheritica, Croup, Lungencomplication; Tod. (Angine diphthéritique, croup, complications pulmonaires; mort.)** *Gaz. méd. de Nantes. IX. p. 153. 1885—1886.*

Nicht zu erlangen. E. J. MOURE.

63) **G. Somma** (Neapel). **Primäre diphtheritische Coryza der Kinder. (Corizza difterica primaria nei bambini.)** Napoli. 1886.

Dem Ref. nicht zugänglich. KURZ.

64) **H. Ashby** (Manchester). **Diphtherie. Auszug einiger medicinischer und chirurgischer Fälle aus dem Kinderkrankenhaus Pendlebury, Manchester 1886. (Diphtheria. Abstracts of some of the medical and surgical cases treated at the hospital for sick children Pendlebury, Manchester 1886.**

Bericht über 8 Fälle von Diphtherie mit 6 Heilungen und 2 Todesfällen.

Die Tracheotomie wurde in zwei Fällen gemacht und in einem wurden die Tonsillen, welche die Fauces nahezu ausfüllten, im Verlauf der Krankheit entfernt. A. E. GARROD.

65) **F. Geffrier. Diphtherie und Croup bei einem 11monatlichen Kinde; Cricotracheotomie. Heilung. (Angine diphthéritique et croup chez un enfant de 11 mois; cricotracheotomie. Guérison.)** *Revue des mal. de l'enf. T. IV. p. 371. 1886.*

Dieser Fall veranlasst den Autor zu folgenden Bemerkungen: Das Alter unter zwei Jahren bildet keine Gegenindication gegen die Tracheotomie, wenn man sich einem kräftigen Kinde ohne schwere Complication gegenüber befindet, das mit der Brust gestillt wird und trotz seiner Krankheit fortfährt, erträglich zu saugen. Er empfiehlt rühmend das von Saint-Germain gepriesene Verfahren.

E. J. MOURE.

66) **Le Gendre. Zwei Fälle von Angina diphtheritica mit vorhergehender, resp. nachfolgender Otitis. (Deux angines diphthéritiques l'une précédée, l'autre suivie d'otite.)** *Concours méd. p. 196. 1886.*

Nichts Neues; der Titel zeigt, worum es sich handelt. E. J. MOURE.

67) **Duval. Behandlung der Diphtherie [Angine couënneuse, Croup] mit Hauswurzelbier. (Traitement de la diphthérie [angina couënneuse, croup] par la bière joubarbe.)** Pamphlet von 46 Seiten. Paris. 1886.

Der Titel zeigt an, um was es sich handelt. Es ist wieder ein neues Mittel gegen ein so schwer zu heilendes Leiden. E. J. MOURE.

68) **Barthelemy und Blanchereau. Behandlung der Diphtherie mit Eucalyptus und Terpentinspiritus. (Traitement de la diphthérie par l'eucalyptus et l'essence de térébenthine.)** *Journal de méd. de l'ouest. 3. Juni 1886.*

Der Titel besagt, worum es sich handelt. E. J. MOURE.

69) **Guillet. Primäre Diphtherie des Larynx mit Uebergang auf die Bronchien. (Diphthérie primitive du larynx propagée aux bronches.)** *Société anat. de Paris in Progrès méd. 16. Jan. 1886.*

G. zeigt Präparate einer Kranken, welche an Diphtherie gestorben war, die sich auf die feinsten Bronchialverzweigungen ausgebreitet hatte. Der Hals war frei. E. J. MOURE.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

70) **Deniker und Boulart. Bemerkungen über die Larynxsäcke bei den anthropoiden Affen. (Notes sur les sacs laryngiens des singes anthropoïdes.)** *Journ. de l'anatomie et de physiol. p. 51. 1886.*

Chimpanse. Bei dem Chimpansen weiblichen Geschlechts existiren zwei Säcke, welche frühzeitig erscheinen. Der linke entwickelt sich stärker als der andere. Nur ein einziger Fall, in welchem der rechte umfangreicher war, verhinderte, dies als eine allgemeine Regel aufzustellen.

Gorilla. Es existiren beim männlichen Gorilla zwei Säcke, die von einander unabhängig sind, sich aber theilweise umfassen. Es lässt sich jedoch nichts Sicheres über das Verhalten der Grösse derselben aussagen. Beim weiblichen Geschlecht existiren wahrscheinlich auch zwei ungleiche Taschen. Bei einem 6monatlichen Foetus konnte man keine Spur der Larynxtaschen entdecken.

Orang. Bei dem jungen Orang finden sich gewöhnlich zwei deutlich gleiche Taschen vor, sowohl beim männlichen, wie beim weiblichen Thier. Es gab aber auch ungleiche, besonders beim männlichen.

Bei dem Orang werden die Säcke von einem arteriellen Ast umspült, welcher von einem Stamm ausgeht, der ca. 16 mm von der Art. thyreoidea inferior gelegen ist.

Bei dem Chimpansen werden die Gefässe von den Zweigen der Art. laryngea superior und der Art. cricothyreoidea geliefert, welche selbst von der Art. thyreoidea entspringen. E. J. MOURE.

71) **Retterer. Der Zungenbeinapparat. (Appareil hyoïdien.)** *Société de Biologie. 20. Februar 1886.*

R. hat bei einem 60jährigen Mann, dessen Obduction er machte, die Existenz eines rechts ganz verknöcherten Zungenbeins entdeckt. Das Horn des Zungenbeins verbindet sich mit dem des Schildknorpels. Der obere Theil des Apparates besteht aus zwei Stücken: einem unteren. welches mit dem Körper des Zungenbeins articulirt und einem oberen, welches sich nach oben mit dem Proc. styloideus verbindet. Dieser ist übrigens nicht mit dem Schläfenbein vereinigt. R. beabsichtigt zu untersuchen, ob diese Verknöcherung auf Kosten des Bindegewebes stattgefunden hat, oder ob Knorpelbildung voraufgegangen ist.

E. J MOURE.

72) **Raymond. Ein Fall von acutem Gelenkrheumatismus mit Larynxzufällen. (Sur un cas de rheumatisme articulaire aigu avec accidents laryngés.)** *Gaz. méd. de Paris. 17. Juli 1886.*

Separatpublication einer Beobachtung von Archambault, die von diesem Autor in seiner These über diesen Fall veröffentlicht wurde. E. J. MOURE.

73) **C. Leroy. Kritische Betrachtungen über eine neue Form von Laryngitis etc. (Considérations critiques sur une nouvelle variété de laryngite etc.)** *Journal des conn. méd. prat. 3. s. VII. p. 163, 169. 1886.*

Nicht zu erlangen. E. J. MOURE.

74) **Nailer (Madras). Larynxabscess. (Abscess of the larynx.)** *Indian Medical Gazette. Oct. 1886.*

Ein der South Indian Section der British Medical Association vorgelegtes Präparat zeigte einen Abscess, der durch Einkeilung eines Hühnerknochens entstanden war. Anfänglich zeigten sich nur die Symptome einer leichten Reizung. Später hatte Patient schwere Dyspnoe, die jedoch vorüber ging. Da einen Monat darauf die Dyspnoe wieder bedrohlich wurde, so wurde tracheotomirt. Patient starb bald nach der Operation.

Bei der Section fand man einen Abscess hinten und rechts vom Larynx, welcher die Aussenfläche des Ringknorpels blosslegte.

In der Discussion wurden ähnliche Fälle berichtet. A. E. GARROD.

75) **R. Valdivieso del Villar. Laryngitis tuberculosa.** *Med. castellan. I. p. 6, 30, 57. Valladolid. 1886.*

76) **R. Ariza. Tuberculöse Kehlkopfpolypen. (Pólipos tuberculosos de la laringe.)** *Rev. de med. y cirurg. práct. XIX. p. 281. 1886.*

Nicht zugänglich. RED.

77) **Cartaz (Paris). Entzündung des Cricoarytaenoidalgelenks im Beginn der Larynxtuberculose. (De l'arthrite cricothyroïdienne au debut de la tuberculose laryngée.)** *France méd. 16. u. 18. Nov. 1886.*

C. bemerkt, dass die Autoren Thatsachen dieser Art selten verzeichnet haben, obwohl sie in der ausgesprochenen Tuberculose ziemlich häufig sind. Er glaubt, wie uns scheint, mit Recht, dass manche Fälle von sogenannter Paralyse Folgen von Gelenkentzündungen darstellen. E. J. MOURE.

78) **C. M. C. Die pharyngo-laryngealen Manifestationen der Syphilis und ihre Prognose. (Las sifilopatias faringo-laringeas y ju pronóstico.)** *Siglo med. XXXIII. p. 406—409. 1886.*

79) **Palacios Minello. Kehlkopfsyphilis.** *El eco de las clinicas. Barcelona. — Gaceta de oftalm. otol. etc. No. 10. 1886.*

Nicht zugänglich. RED.

80) **E. Eeman** (Gand). **Syphilom beider Stimmbänder. (Syphilome des deux cordes vocales.)** *Revue mens. de laryngol. du Dr. E. J. Moure. Févr. 1886.*

Der Fall betraf eine 35jährige Frau. Laryngoskopisch hoben sich beide Stimmbänder von dem blassen Grund des Larynx ab; sie hatten die Gestalt zweier dichter, glatter Polster von dunkelrother Farbe. Die Stimmritze war sehr verkleinert. Heilung durch specifische Behandlung.

Es ist zu bemerken, dass Syphilis im Larynx zwar ein ziemliches gewöhnliches Vorkommniss ist, dass jedoch im Allgemeinen die Stimmbänder selbst nicht der Sitz der Affection sind, sondern die Taschenbänder oder die Schleimhaut unterhalb der Glottis. In den beiden Fällen waren die Stimmbänder wenig beweglich und beinahe unsichtbar, da sie durch die Schwellung in der Gegend der Glottis versteckt wurden. E. J. MOURE.

81) **E. Eeman** (Gand). **Hyalines Myxom des linken Stimmbandes. (Myxome hyalin de la corde vocale gauche.)** *Revue mens. de laryng. etc. No. 1. Jan. 1886.*

E. bemerkt zunächst, dass das Myxom ein seltener Tumor im Larynx sei und berichtet sodann einen Fall, den er bei einem 43jährigen Mann beobachtet hatte. Der Tumor sass an der vorderen Hälfte des freien Randes des Stimmbandes und wurde durch Zerstückelung entfernt. Die histologische Untersuchung bestätigte die Diagnose. E. J. MOURE.

82) **Coupard** (Paris). I. **Schleimpolyp und Blutcyste.** II. **Bluttumor, Cyste des Kehlkopfs. (I. Polype muqueux et kyste sanguin. II. Tumeur sanguine, kyste du larynx.)** *Revue mens. de laryngolog. etc. No. 9. Sept. 1886.*

Verfasser berichtet zwei Beobachtungen. Im ersten Fall warf der Kranke Blut aus und entleerte seine Cyste, welche sich jedoch sogleich wieder füllte. E. J. MOURE.

83) **Bertoye. Bemerkungen über Ecchondrosen und Exostosen des Larynx. (Aperçu sur les ecchondroses et exostoses du larynx.)** *Ann. des malad. de l'oreil. etc. No. 4. 1886.*

B. führt zuerst die Liste der von ihm veröffentlichten Fälle auf, indem er an die Beobachtungen von Travers (1818), Gintrac, Macclivain, Froriep, Ryland, Rokitansky, Virchow, Türck etc. erinnert.

Hierauf theilt er den Fall eines 42jährigen Kranken mit, welcher ohne vorhergehende Diathesen von Störungen der Stimme und der Respiration befallen wurde. Er hatte Keuchen und Stridor. Der Larynx wird nicht untersucht, aber die durch die Symptome indicirte Tracheotomie wird ausgeführt.

Das Schlucken war beschwerlich. Man bemerkt, dass die eingeführte Sonde im oberen Theil des Oesophagus durch ein Hinderniss aufgehalten wird.

Hierauf wird der Kehlkopf untersucht und es zeigt sich ein glatter, gleichförmiger und rother Tumor, welcher unterhalb der Stimmbänder sitzt. Eine Diagnose über den Charakter desselben wird nicht gestellt und der Kranke starb 7 Tage nach der Tracheotomie an einer Lungenaffection.

Bei der Autopsie findet man einen Tumor auf dem Ringknorpel (an der Innenseite rechts) von halbkugeliger Gestalt und von dem Umfang einer grossen Mandel. Die histologische Untersuchung ergiebt knorpelige Elemente, von denen einige in Ossification begriffen sind. Der Tumor setzt sich ohne irgend welche Abgrenzung in den Ringknorpel fort.

B. zieht hierauf aus den von ihm besprochenen Thatsachen Schlüsse rücksichtlich der Aetiologie dieser Affection, von der er glaubt, dass sie durch eine Verirrung eines physiologischen Processes bedingt sei im Moment, wo die Knorpel zur Ossification oder pathologischen Wucherung neigen (Tuberculose). Die Diagnose ist nicht immer leicht, die Prognose ernst wegen des Respirationshindernisses und der bisweilen vorhandenen Schlingbeschwerden.

Die Therapie richtet sich nach dem Sitz des Tumors, man muss aber soweit als möglich den Weg durch den Mund wählen, wie es Störck und Asch gemacht haben. E. J. MOURE.

84) **Barette. Krebs des Kehlkopfs und seine Behandlung. (Du cancer du larynx et de son traitement.)** *Concours méd. No. 2. 1886.*

Einfache kritische Besprechung. E. J. MOURE.

85) **P. S. Abraham. Excision des Larynx. (Excision of the larynx.)** *Annales of Surgery. Oct. 1886.*

Ein Leitartikel, welcher das Wesentliche der ausführlichen Artikel angiebt, die Baratoux im „Progrès médical" vom 27. März und 10. April 1886 veröffentlicht hat. A. E. GARROD.

86) **Kayser. Ueber einen Fall von Fremdkörper im Kehlkopfe.** *Breslauer ärztl. Zeitschrift. No. 16. 1886.*

Bei einem 10jährigen Mädchen fand sich fest in die Rima glottidis eingekeilt ein Stück vertrocknetes Pflaumenmuss, das nach vorheriger Cocaïnisirung mittelst der Hollstein'schen Zange entfernt wurde. SCHECH.

87) **N. F. Schwartz. Fremdkörper in den Luftwegen. Entfernung durch Tracheotomie. (Foreign body in the air-passages. Removal by tracheotomy.)** *Cincinnati Lancet Clinic. 18. Dec. 1886.*

Geschichte eines Falles. Der Fremdkörper war ein Getreidekorn, dessen Localisation nicht angegeben wird; er wurde schliesslich durch Tracheotomie entfernt. Heilung. Die Bemerkungen des Autors bei Gelegenheit dieses Falles gehen darauf aus, seine Ansicht zu beweisen, dass man bei Fremdkörpern in den Luftwegen frühzeitig tracheotomiren solle. LEFFERTS.

88) **J. L. Beeston** (Newcastle, New South Wales). **Ein Fall von Fremdkörper im Larynx. Improvisirte Tracheotomie. Heilung. (Case of foreign body in the larynx. Impromptu tracheotomy. Recovery.)** *Australasian Medical Gazette. August 1886.*

Es handelt sich um ein dreijähriges Kind, welches das Glasauge einer Puppe verschluckt hatte. Das Auge war an beiden Enden spitz und passte nach seiner Gestalt gerade zwischen die Stimmbänder. Da mit dem Finger und der Halssonde nichts entdeckt werden konnte und das Kind zu athmen aufhörte, so machte B. die Tracheotomie mit einem Taschenmesser. Durch Compression der Seiten des Thorax wurde die Respiration wieder hergestellt. Die Canüle wurde ohne Schwierigkeit eingeführt. Am nächsten Tag wurde das Kind chloroformirt und die Wunde ein wenig nach oben erweitert. Ein durch den Mund eingeführter Finger dislocirte den Fremdkörper aus der Stimmritze, und derselbe wurde aus der Tracheawunde entfernt.

Das Kind machte eine gute und schnelle Heilung durch. A. E. GARROD.

89) **Millet. Fremdkörper der Luftwege, unerwartete Zufälle einen Monat nach der Tracheotomie. Heilung. (Corps étranger des voies aëriennes, accidents survenus un mois après la trachéotomie. Guérison.)** *Arch. de méd. et pharm. militaireś. No. 13. Juli 1886.*

M. bemerkt, dass das Archiv seit seiner Gründung (1815) nur zwei Fälle von Fremdkörpern der Luftwege bei Erwachsenen enthält. Im gegenwärtigen Fall handelt es sich um ein $2^1/_2$jähriges Kind, welches eine Bohne verschluckt hatte; Darreichung von Brechmitteln war ohne Erfolg. Tracheotomie, Extraction des Fremdkörpers. Herausnahme der Canüle, Heilung der Wunde. 25 Tage darauf Dyspnoe, rauhe Stimme, Suffocationsanfall und schliesslich Auswerfen eines Stückes necrotischen Knorpels durch die natürlichen Wege.

Es folgen einige Bemerkungen zur Erklärung der bei der Kranken aufgetretenen Erscheinungen und über Fremdkörper der Luftwege im Allgemeinen.

E. J. MOURE.

90) **F. E. Waxham. Membranöser Abguss der Trachea und des Larynx. (Membranous cast of the trachea and larynx.)** *Journal of the Am. Med. Association. 4. September 1886.*

Das Präparat (welches am 16. August der Chicago Medical Society vorgelegt wurde) stammte von einem 9jährigen Kinde her und war mehrere Monate im Larynx und der Trachea. Das Kind hatte, wie es sagte, einen Heckendorn im April verschluckt und wurde unmittelbar darauf von Suffocationserscheinungen befallen. Es wurde sofort tracheotomirt, konnte jedoch seit jener Zeit nicht durch die natürlichen Wege athmen. Dr. W. führte eine Sonde und ein Bougie durch den Larynx und, indem er dadurch Brechen erregte, wurde der Abguss herausgeschleudert. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

91) **Max Thorner. Die Extraction einer Klette aus dem Kehlkopf. (The extraction of a cockle-burr from the larynx.)** *Philad. Med. News. 25. Dec. 1886.*

Identisch mit dem unter No. 85 auf pag. 347 dieses Jahrganges berichteten Falle. LEFFERTS.

92) **Donners** (Antwerpen). **Tod in Folge von zufällig in den Larynx gelangten Häringsgräten bei einem $3^1/_2$ Jahre alten Kinde. (Mort occasionnée par des arêtes de hareng introduites accidentellement dans le larynx chez un enfant de $3^1/_2$ ans.)** *Annales de la Société de Médecine d'Anvers. November 1886.*

Der Titel giebt den Inhalt der Mittheilung wieder. BAYER.

93) **Sir William Mac Cormac** (London). **Ein Fall von Extraction des Blattes einer Zahnzange aus dem rechten Bronchus. (Case of extraction of the blade of a toothforceps from the right bronchus.)** *Lancet. 2. Januar 1886.*

Ein 24jähriges Mädchen wurde in das St. Thomas-Hospital mit folgender Anamnese aufgenommen. Vor 6 Wochen brach, als in der Narcose Zahnwurzeln extrahirt wurden, das sogenannte Gaumenblatt einer Zange für die oberen vorderen Backzähne kurz am Gelenk der Zange ab. Dieses Stück gelangte durch die Glottis in die Trachea, durch einige tiefe Inspirationen hinabgesogen.

Es entstand sofort ein heftiger Anfall von Krampfhusten, und Patientin wurde cyanotisch. Als sie zum Bewusstsein kam, klagte sie über starke Dyspnoe und heftige Brustschmerzen, besonders zwischen 3. und 4. Rippe, ca. 3 Ctm. vom Sternum entfernt. Verschiedene Versuche durch Umkehrung und Schütteln der Patientin den Fremdkörper zu entfernen, schlugen fehl, ebenso ein Emeticum. Patientin war seit dem Vorfall im Bett geblieben, hatte Hustenanfälle und Schmerzen. Das Sputum war gelblich und zuweilen blutig gefärbt. Husten und Dyspnoe verschlimmerten sich nach jeder Bewegung.

Bei der Aufnahme strahlte der Schmerz in der rechten Brust nach der rechten Schulter und Halsseite aus. Es wurden viele Rhonchi und rauhe sibilirende Geräusche sowohl bei der In- wie bei der Exspiration gehört, besonders deutlich in dem rechten zweiten Intercostalraum, nahe dem Sternum und hinten in gleicher Richtung mit der Spina scapulae. Die linke Lunge war normal. Es bestand keine Dämpfung.

Drei Tage nach der Aufnahme macht Mc C. in der Narcose die Tracheotomie. Der Hautschnitt erstreckte sich vom Ringknorpel bis nahe an die Incisura sterni und war ca. 10 Ctm. lang. Die Trachea wurde freigelegt und der Isthmus der Schilddrüse gespalten, nachdem das Gewebe vorher an zwei Stellen unterbunden worden war. Hierauf wurde in der Mittellinie eine $4^1/_4$ Ctm. lange Incision in die Trachea gemacht, und die Seiten derselben durch eingeführte Seidenfäden bei Seite gezogen. Alsdann wurde eine passende Zange abwärts in die Trachea geführt und hierauf in den linken Bronchus, welcher leer erschien. Die Zange wurde hierauf in den rechten Bronchus eingeführt, was leicht gelang, da die Enden gebogen waren. Man entdeckte darin den Fremdkörper, konnte aber das Stück Metall nicht deutlich fühlen, da es wahrscheinlich in die Bronchuswände eingekeilt war. Versuche, es zu fassen, misslangen. Mit der Kugelsonde wurde ein deutlicher metallischer Ton erhalten. Der Fremdkörper wurde wiederholt mit der Zange gefasst, entwich aber jedes Mal. Er blieb an derselben Stelle, gerade 12 Ctm. unterhalb der Wunde, und das äusserste Ende war anscheinend $4^1/_2$ Ctm. von der Bifurcation der Trachea entfernt. Eine mit Gummi überzogene Zange, der Ecraseur, Inversion der Patientin — Alles wurde vergeblich versucht.

Ebenso wurden verschiedene Zangen angewandt, bis man endlich den Fremdkörper mit einer zum ersten Mal gebrauchten Polypenzange glücklich fasste und herauszog. Die Trachealwunde wurde mit Seidennähten geschlossen. In die äussere Wunde legte man zwei Drains, schloss sie mit Seidennähten und bestreute sie mit Jodoform. Die Operation dauerte ungefähr $1^{1}/_{2}$ Stunden. Die Patientin wurde in ein Bett mit Croupzelt gebracht und Wasserdämpfe unter das Zelt geleitet.

Sie machte eine sehr gute Genesung durch und klagte nur über Schmerz in der Nähe des Sitzes der Operationen. Eine kleine, Luft durchlassende Oeffnung bestand noch kurze Zeit am unteren Wundende; aber einen Monat nach der Operation war sie ganz geheilt.

Mc C. glaubt, dass dies das erste derartige, berichtete Vorkommniss sei. Die Zange trug den Namen des besten Fabrikanten. Er betont die Nothwendigkeit der Tracheotomie vor den Umkehrungsversuchen, welche sonst unangenehme Folgen haben können. A. E. GARROD.

94) **Lefèvre. Wunde durch eine Feuerwaffe in der Brust, Austritt der Kugel durch den Larynx. (Plaie par arme à feu de la poitrine, issue de la balle par le larynx.)** *Gaz. des hôp. 6. Mai 1886.*

Eine Frau von 30 Jahren erhielt eine Revolverkugel (Cal. 7) unterhalb der linken Axel: Dyspnoe, Blutspeien, subcutanes Emphysem. Tod nach vier Tagen. Der Schusskanal ging bis zum Larynx, zwischen dem ersten Trachealring und dem Ringknorpel. E. J. MOURE.

95) **F. Gotthelf. Beitrag zur Casuistik der ulcerösen Tracheo-Bronchialstenosen.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 38. S. 657. 1886.*

Auf der Klinik Czerny's genau beobachteter und gut beschriebener Fall von tiefsitzender Trachealstenose, bei der die unter Arnold's Leitung gemachte Section und mikroscopische Untersuchung einen perichondritischen Abscess als das Athmungshinderniss auswies, der sich gegen das Lumen der Trachea und des linken Bronchus stark vorwölbte und von einem Geschwür der hinteren Trachealwand ausging. Die Stenose wurde noch erhöht durch die allgemeine Schwellung der Schleimhaut in der Umgebung der Geschwüre, wodurch auch der Anfangstheil des rechten Bronchus verengert war. Tuberculose, Rotz etc. durch die Anamnese und das Fehlen der Bacillen ausgeschlossen. Namentlich in Folge der Arbeiten Gerhardt's kann angenommen werden, dass derartige Stenosen syphilitischer Natur sind, und machten einige anamnestische Daten dies auch in dem beschriebenen Falle wahrscheinlich. B. FRAENKEL.

96) **Meinhardt Schmidt (Cuxhaven). Congenitale Trachealstenose durch abnorme Krümmung der Trachealknorpel.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 40. S. 698. 1886.*

Bei einem $^{1}/_{2}$jährigen Kinde wurde wegen angeborenen Stridors die Tracheotomie gemacht — ohne Erfolg, denn die Stenose sass in der Trachea und das Kind starb. Die Section ergab eine Säbelscheidentrachea, indem von links die Trachea wie comprimirt erschien, ohne dass eine comprimirende Ursache vorlag. B. FRAENKEL.

97) **Hardy** (Paris). **Diagnose der Compression der Trachea und der Bronchen. (Compression de la trachée et des bronches diagnostic.)** *Sem. méd. 28. Juli 1886.*

Bei Vorstellung eines Kranken begründet H. in einer Vorlesung die Diagnose der Mediastinaltumoren, sich stützend auf die dargebotenen Symptome keuchender Husten, Dyspnoe, lärmende Respiration). Eine laryngoscopische Untersuchung, welche die Diagnose sicher stellen konnte, wurde nicht vorgenommen.

E. J. MOURE.

98) **Mackenzie Johnston** and **Cotterill. Ein Fall von intratrachealem Tumor. (Case of intra-tracheal tumour.)** *Edinburgh Medical Journal. Juni 1886.*

Patientin, ein junges Mädchen, hatte ca. 12 Monate vor ihrer Untersuchung an Athembeschwerden und Erstickungsanfällen zu leiden begonnen. Als Johnston sie sah, bestand etwas Stridor, während die Stimme unversehrt war, jedoch etwas Anstrengung seitens der Patientin erforderte. Die laryngoscopische Untersuchung zeigte einen Tumor von der ungefähren Grösse einer Kirsche, welcher $4^1/_2$ Ctm. unterhalb der Stimmbänder sass; diese selbst, sowie der ganze Kehlkopf waren ganz normal. Ein Versuch, die Sonde einzuführen, hatte einen so schweren Krampf zur Folge, dass man von weiteren Versuchen Abstand nahm. Der Tumor wurde von Cotterill exstirpirt, welcher zu diesem Zwecke die Trachea eröffnete, zuerst oberhalb und dann unterhalb des Tumors. Vielleicht die wichtigste seiner Bemerkungen über die operative Behandlung solcher Fälle ist folgende: „Wenn nicht der Tumor sehr hoch oben in der Trachea sitzt, sollte der erste Schritt der Operation darin bestehen, die Trachea oberhalb des Tumors zu eröffnen. Wir können dann genau durch das Gesicht oder Gefühl seine Lage und seinen Charakter bestimmen und sicher sein, die zweite untere Oeffnung zur Einführung der Canüle gerade unterhalb des Tumors anzubringen. Der Tumor kann dann sicher durch die obere Oeffnung entfernt werden, während die untere Gelegenheit giebt, die Trachea zu tamponiren.“

Obwohl durch die ganze Abhandlung behauptet wird, dass der Tumor ein Fibrom war, so finden wir doch in einer Anmerkung von Johnston, dass er in Wirklichkeit sarcomatöser Art war. Es würde wahrscheinlich besser gewesen sein, die Basis nach der Exstirpation zu cauterisiren, was jedoch nicht geschehen ist, da der Autor sich begnügte, alle Ueberbleibsel abzuschaben. Die Operation wurde im September 1885 ausgeführt, und Referent kann bezeugen, dass auf alle Fälle bis zum April 1886 keine Spur eines Recidivs vorhanden war. Die Arbeit enthält ferner eine kurze, aber vollständige Uebersicht über die Literatur der Trachealtumoren von Johnston und die Ansicht, dass in Fällen von Respirationshindernissen, welche nicht auf eine gestörte Beweglichkeit der Stimmbänder zurückzuführen sind, die Glottisöffnung abnorm weit ist, durch compensatorische Zunahme der Energie seitens der Abductoren.

Die Abhandlung verdient sicherlich im Original gelesen zu werden. Die Discussion (vgl. Edinburgh Med. Journal. Aug. 1886) brachte nichts Neues.

P. M'BRIDE.

99) **Daremberg** et **Verneuil** (Paris). **Beobachtung einer Tracheocele. (Observation de trachéocèle.)** *Rev. de chirurgie. 10. Mai 1886.*

Es handelt sich um einen 73jährigen Mann, welcher über Respirations-

beschwerden klagte. Bei der laryngoscopischen Untersuchung waren die Stimmbänder gesund und beweglich; auf der linken Seite des Halses existirte ein kleiner Tumor, welcher sich hinter die Clavicula auszudehnen schien. Ein Jahr darauf war das linke Stimmband unbeweglich; der Tumor blähte sich deutlich bei Hustenanstrengungen auf; das Schlucken war gestört; allmälig nahm das Volumen der Neubildung zu. D. und V. stellten die Diagnose und bemerken, dass die Prognose ernst sei wegen möglicher Suffocation. Sie schlugen darauf die Laryngotomie zwischen Ring- und Schildknorpel vor. E. J. MOURE.

100) **L. Bourdon. Beitrag zum Studium der Luftröhrenhautfisteln. (Contribution à l'étude de fistules broncho-cutanées.)** *Thèse. Paris. 1886.*

Verfasser sucht in dieser Arbeit besonders festzustellen, dass die erste Ursache dieser Fisteln ausserhalb der Lunge und der Pleura liegen kann. Zur Stütze dieser Ansicht führt er 15 Beobachtungen von Fisteln an, bei denen die Bronchien mit der Höhle eines Abscesses der Thoraxwand communicirten, oft selbst mit der Aussenseite, obwohl primäre Verletzungen der Lunge fehlten. Die nicht genügend gekannten Complicationen sind: Pyämie und Septicämie, Lungenentzündung und allgemeines subcutanes Emphysem.

Dem Eiter einen sicheren Abfluss zu verschaffen, ist die erste Indication, die Wunde sorgfältig zu drainiren, antiseptisch zu verbinden, die zweite.

Literaturangaben beschliesst diese Arbeit. E. J. MOURE.

f. Schilddrüse.

101) **Thierry. Beitrag zum Studium der Indicationen der Schilddrüsenexstirpation und der interstitiellen Jodinjectionen beim parenchymatösen Kropf. (Contributions à l'étude des indications de la thyroidectomie et des injections interstitielles jodées dans le goitre parenchymateux.)** *Thèse de Paris. 18. April 1886.*

Verfasser spricht am Schluss seiner Arbeit folgende Ansichten aus:

1. Die interstitielle Jodinjection ist und bleibt die französische und klassische Methode der chirurgischen Behandlung des parenchymatösen Kropfs.

2. Sie ist einfach, sehr oft wirksam und beinahe gefahrlos, wenn sie verständig ausgeführt wird.

3. Sie ist bei allen Strumen anzuwenden, welche der internen Jodbehandlung widerstehen und eine dauernde Plage für den Kranken oder eine Bedrohung seiner Existenz bilden.

4. Sie kann, auf Verlangen des Patienten, auch aus ästhetischen Rücksichten angewendet werden.

5. Die Exstirpation der Schilddrüse ist eine gefährliche Operation, zu welcher man nur nach wiederholten fruchtlosen interstitiellen Jodinjectionen greifen soll oder in den, vom Chirurgen zu bestimmenden Ausnahmefällen.

6. Die partielle Exstirpation ist allein zulässig; die totale ist experimentell verurtheilt. E. J. MOURE.

102) E. van Iterson (Leiden). **Beiträge zur operativen Chirurgie; Strumectomie. (Bijdrage tot de operative Chirurgie; Strumectomie.)** *Weekblad van het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde. No. 4. 1886.*

Mannsfaustgrosse Struma parenchymat. mit theilweiser Verkalkung des interstitiellen Bindegewebes, insbesondere des rechten Lappens, mit Verdrängung der Trachea nach links und Compressionsbeschwerden. Der rechte Lappen wird exstirpirt mit Anlegung von 78 Ligaturen. Erfolg günstig. BAYER.

103) J. Dechamps (Lüttich). **Thyroidectomie.** *Annales de la Société Médico-Chirurg. de Liège. No. 8. 1886.*

Exstirpation einer apfelgrossen centralen Struma, welche die Trachea comprimirt hatte. BAYER.

104) P. Schmitz. **Ueber die Indicationen zur Exstirpation der Strumen.** Dissertation. Becker. Würzburg. 1885.

Dem Ref. nicht zugänglich. SCHECH.

105) J. Reverdin (Genf). **Ueber die Exstirpation des Kropfs. (Sur l'exstirpation du goitre.)** Vorlesung in der Klinik des Prof. Tripier in Lyon. *Lyon méd. No. 15, 16. u. 18. 11., 18. April und 2. Mai 1886.*

R. stellt zunächst die Indicationen für diese Operation auf, die heutzutage Jedermann bekannt sind, und setzt mit wenigen Worten die geringe Gefahr der Operation in den gewöhnlichen Fällen auseinander. Hierauf bespricht er die consecutiven Störungen der Stimme, des Schluckens und besonders die Aehnlichkeit mit dem Myxoedem, auf welche die Herren Reverdin zuerst die Aufmerksamkeit gelenkt haben. Alsdann beschreibt er die Symptome, ohne deren Auftreten zu erklären, erinnert nur daran, dass diese Complicationen nur nach Totalexstirpationen der Schilddrüse auftreten. Zum Schluss beschreibt er das manuelle Verfahren, welches er bei dem zu operirenden Kranken einzuschlagen gedenkt. Der später exstirpirte Kropf wog 215 Gr. E. J. MOURE.

106) Lagrange. **Ein Fall von Schilddrüsenexstirpation. (Sur un cas de thyroïdectomie.)** *Société de chir. de Paris. Juni 1885.*

Nichts Neues. E. J. MOURE.

107) J. Astley Bloxam (London). **Zwei Fälle von Kropf; Exstirpation. Heilung. (Two cases of goitre; removal. Recovery.)** *Brit. Med. Journal. 28. Aug. 1886.*

Ein Bericht über zwei glücklich verlaufene Operationen bei Frauen von 31 resp. 40 Jahren. Indem man die Arterien vor dem Einschneiden in den Tumor unterband, beschränkte man die Blutung auf ein geringes Maass. In jedem Fall wurde die ganze Schilddrüse entfernt. A. E. GARROD.

108) F. Dionisio. **Recidiv eines Neoplasma der Schilddrüse. Exstirpation. Heilung. (Riproduzione di un neoplasma tiroideo. Estirpazione. Guarigione.)** *Gazzetta delle Cliniche di Torino. XXIII. p. 362. 1886.*

Bei einer jungen Frau war ein doppelter Kropf durch Totalexstirpation entfernt worden. Es war aber doch ein Rest der Drüse zurückgeblieben oder es war eine accessorische Drüse da, denn einige Monate später entwickelte sich ein

gänseeigrosser Kropf. Derselbe wurde exstirpirt (Adenom). Nach 8 Monaten befand sich die Kranke noch ganz wohl, es war kein Symptom von Kachexia strumipriva aufgetreten. KURZ.

109) X. **Die Folgen der Totalexstirpation der Schilddrüse „Cachexia strumipriva". Jodinjectionen. (Les effets de la thyroïdectomie totale „cachexia strumipriva".)** *La thérapeut. contemp. 22. Oct. 1886.*

Kritische Besprechung der Ansichten von Reverdin und Kocher. Verfasser rühmt die Behandlung mit Jodinjectionen. E. J. MOURE.

110) **A. Broca. Die Folgen der Schilddrüsenexstirpation. (Les suites de la thyroïdectomie.)** *Gaz. hebd. de méd. et de chir. p. 550. 20. August 1886.*

Unter den primären Zufällen, welche am häufigsten hervorgehoben werden, befindet sich: die Manie in ihren verschiedenen Formen; die Tetanie, welche zur Flexion der Hände führt, seltener die Füsse und Beine und Gesichtsmuskeln ergreift und zuweilen mit dem Tod endet; die Hysterie, welche in jeder Form geschaffen oder in ihren Manifestationen verschlimmert werden kann.

Die schwerste der späteren Complicationen nach der Schilddrüsenexstirpation ist die Cachexia strumipriva, deren Entstehungsweise er in Erinnerung bringt, ebenso die operative Indication der nur theilweisen Entfernung, welche sich daraus ergiebt. E. J. MOURE.

111) **J. B. A. M. Die Wirkungen der totalen Schilddrüsenexstirpation, Cachexia strumipriva, Jodinjectionen. (Les effets de la thyroïdectomie totale, Cachexie strumiprive, les injections jodées.)** *Le thérapeut. contemp. No. 43. 22. Oct. 1886.*

Es ist dies eine kritische Besprechung der verschiedenen Behandlungsmethoden des Kropfes. (Identisch mit Referat 109? Red.) E. J. MOURE.

112) **Franz Weidemann. Die Kropfexstirpationen im Augusta-Hospital zu Berlin während der Jahre 1880—1885.** Berliner Dissertation. 1886.

Im Ganzen wird über 25 Fälle berichtet (22 W., 3 M.); davon waren 7 20—30 und 6 30—40 Jahre alt. Nur 3 entstammten nicht der Mark. Viermal waren Cysten, viermal Colloidkropf und zweimal Struma carinomatosa vorhanden. In den 23 benignen Fällen wurde 17 mal die partielle Resection, immer mit günstigem Erfolge, und 6 mal die totale Exstirpation gemacht. Von den total Operirten starb 1 an Nachblutung, ein anderer an Collaps. Zwei sind gesund geblieben. Die vierte Patientin trägt wegen doppelseitiger Posticuslähmung permanent eine Canüle und der sechste Fall ist derselbe, den Schmid wegen seiner Cachexia strumipriva der Berliner Medic. Gesellschaft vorstellte.

B. FRAENKEL.

113) **N. Omboni. Drei retrosternale Kröpfe, geheilt durch Totalexstirpation. (Tre gozzi retrosternali guariti colla totale estirpazione.)** *Bollet. del Comitato med. Cremonese. VI. 1885.*

Die Fälle betrafen einen 21jährigen, einen 12jährigen und einen 7jährigen Kranken. In keinem derselben entwickelten sich nach der totalen Exstirpation des Kropfes nervöse Symptome oder gar Cachexia strumipriva. S. glaubt, dass

letztere nicht durch das Fehlen der Drüse bedingt werde, sondern auf der Fortdauer derselben Functionsstörungen im Organismus beruhe, welche die Entwickelung des Kropfes in denjenigen Gegenden begleiten, wo er endemisch herrscht.

KURZ.

114) **J. P. Bramwell** (Perth.). **Ein Fall von Exstirpation der Schilddrüse. (A case of thyroidectomy.)** *Brit. Med. Journal. 29. Mai 1886.*

Ein glücklich verlaufener Fall von Exstirpation der Schilddrüse, bei dem sich 12 Monate nach der Operation kein Zeichen irgend einer physischen oder geistigen Degeneration fand.

A. E. GARROD.

115) **Weinlechner** (Wien). **Kropfoperation.** Demonstration. *Anzeiger der Gesellschaft der Aerzte in Wien. 23. December 1886.*

1. Exstirpation des rechten Antheiles eines Colloidkropfes, nachdem 47 Tage vorher beide Art. thyreoideae sup. unterbunden worden waren. Der Nervus recurrens dexter wurde durchtrennt. Die unmittelbar darauf eintretende Aphonie schwand nach einigen Tagen, obwohl das rechte Stimmband gelähmt blieb. Nach der Operation traten dreizehnmal klonische Krämpfe aller Extremitäten auf.

2) Exstirpation einer Cyste des rechten Schilddrüsenlappens.

3) Exstirpation einer Cyste des linken Schilddrüsenlappens wegen Blutung nach Spaltung derselben.

4) Incision eines pomeranzengrossen Knotens mit Excochleation des erweichten Inhaltes.

5) Punction einer ebenso grossen Cyste mit Jodinjection. Alle Fälle wurden geheilt.

CHIARI.

116) **J. Reverdin. Beitrag zum Studium der Folgezustände nach Totalexstirpation der Schilddrüse. (Contribution à l'étude des accidents consécutifs à l'exstirpation totale du corps thyroïde.)** *France méd. 23. Juli 1886.*

Folgendes sind die Schlusssätze dieser auf dem französischen Chirurgencongress verlesenen Arbeit.

Die Folgezustände bei der Exstirpation der Schilddrüse beim Menschen stellen denselben Symptomencomplex dar, wie das Myxoedem oder die spontane Cachexie pachydermique.

Die Totalexstirpation der Schilddrüse bei Erwachsenen ist nicht unbedingt von Myxoedem gefolgt.

Das chirurgische Myxoedem ist, im Gegensatz zum Myxoedem aus inneren Ursachen, der Besserung, vielleicht der Heilung zugänglich.

In den Fällen von Besserung beobachtet man bisweilen, lange nach der Exstirpation, das Auftreten von kleinen Tumoren, die wahrscheinlich in aberrirenden Drüsenlappen entstanden sind; die Besserung kann sich aber auch in anderen Fällen zeigen.

Myxoedeme schwächeren Grades können auch nach partiellen Exstirpationen auftreten, aber gewöhnlich atrophirt der zurückbleibende Lappen.

Man darf nicht auf die partielle Exstirpation verzichten. Die Therapie unterliegt noch dem Studium.

E. J. MOURE.

117) **Cambria** (Messina). **Ueber die Schilddrüsenresection nach Mikulicz.** Vorläufige Mittheilung. *Wiener med. Wochenschrift. No. 31.*

C. nahm bei 8 Hunden diese Operation vor; alle überlebten dieselbe und blieben gesund. C. macht folgende Schlüsse:

1. Der Hund überlebt die Resection der Schilddrüse gut.

2. Das zurückgelassene Stückchen Drüse führt die Function der ganzen Schilddrüse gut weiter.

CHIARI.

g. Oesophagus.

118) **Boisvert. Entwicklungshemmung und Bildungsfehler der Speiseröhre. (Arrêt de développement et vice de conformation de l'oesophage.)** *Journal de méd. de Bordeaux. 24. Oct. 1886.*

Das Orificium des Oesophagus ist kleiner als normal, es führt in einen Blindsack, der eine Breite von 4 Cm. hat und hinter der Trachea liegt. Bei der Bifurcation der letzteren existirt ein Canal, welcher der Achse der Trachea folgt und im Magen endet.

E. J. MOURE.

119) **Paulin. Oesophagismus in Folge von Erscheinen der Weisheitszähne. (Oesophagisme à la suite d'accidents de dents de sagesse.)** *Bull. soc. méd. prat. de Paris. I. p. 37. 1886.*

Nicht zu erlangen.

E. J. MOURE.

120) **Villette** (de Dunkerque). **Extraction eines silbernen 5-Francstücks, eingekeilt im oberen Ende des Oesophagus. (Extraction d'une pièce en argent de 5 francs logée au niveau de l'extrémité supérieure de l'oesophage.)** *Bulletin méd. du Nord. No. 12. Déc. 1886.*

Das Geldstück wurde mit dem Gräfe'schen Münzenfänger extrahirt, ein Instrument, welches Paquet und Noquet gleichfalls in diesen Fällen empfehlen.

E. J. MOURE.

121) **Bovet. Cocaïn beim Oesophaguskrebs. (De la cocaine dans le cancer de l'oesophage.)** *Semaine méd. 27. Jan. 1886.*

In einem Fall von schwierigem Catheterismus des Oesophagus giebt B. dem Kranken Cocaïnpastillen von je 1 Mg., und zwar alle 5 Minuten eine Pastille während einer Stunde vor der Operation. Alsdann wird die Olive mit einer 20 procentigen Cocaïnlösung befeuchtet und der Catheterismus gelingt leicht.

E. J. MOURE.

122) **Albarrán. Primäres Oesophaguscarcinom. (Carcinoma primitivo del esófago.)** *Gac. méd. catal. VII. 705—707. Barcelona. 1885.*

123) **B. Barrós. Strictur des Oesophagus. Heilung. (Estrechez del esófago. Curacion.)** *Rev. méd. de Chile. XIV. 231. 1885—1886.*

124) **F. Simon y Nieto. Oesophagitis mit Oesophagusabscess. Heilung. (Esófagitis con abscesso del ésofago. Curacion.)** *Correo méd. Castellano. III. 139 à 141. Salamanca. 1886.*

125) **Barros Borgono. Oesophagotomia externa. (Esofagotomia esterna.)** *Rev. méd. de Chile. XIV. 315. 1885—1886.*

126) de **Madrazo. Oesophagotomia externa ohne Resultat, Gastrostomie. Heilung. (Esofagotomia esterna sin resultado, gastrostomia. Curacion.)** *Corréo méd. castellano. III. 263. 1886.*

Nicht zugänglich. RED.

127) **Bovet. Ein Fall von Oesophagusstrictur. (Un cas de rétrécissement de l'oesophage.)** *Union méd. 26. Mai 1886.*

Es handelt sich um einen Fall krebsiger Strictur, die B. mit progressiver Dilatation behandelte.

Die vorher bestandenen Blutungen wurden durch das Bougiren nicht erneuert. Das beim Passiren der Sonde oder der Nahrungsmittel durch die verengte Stelle erzeugte Schmerzgefühl wurde stets in den Pharynxeingang verlegt. Das Cocaïn erleichterte das Bougiren sehr. Das Leben des Kranken wurde um 7 Wochen verlängert. E. J. MOURE.

128) **Pagliano. Krebs des Oesophagus, schliesslich die Aorta arrodirend. (Cancer de l'oesophage, terminé par ulcération de l'aorte.)** *Marseille méd. No. 7. 30. Juli 1886.*

P. macht auf die Seltenheit des Falles aufmerksam.

Es handelte sich um ein Epitheliom des mittleren Theiles des Oesophagus. Anfänglich konnten die Speisen nicht in den Magen gelangen, aber die Sonde passirte leicht. Später bekam Patient einen beinahe unaufhörlichen Husten, wahrscheinlich durch Reizung des Vagus bedingt. E. J. MOURE.

III. Briefkasten.

Neunter Jahrescongress der amerikanischen laryngologischen Gesellschaft.

Der neunte Jahrescongress der amerikanischen laryngologischen Gesellschaft fand in den Tagen vom 26. bis 28. Mai in New-York statt. Das uns leider erst post festum zugegangene Programm weist äusserst reiche und mannigfaltige Tagesordnungen auf. Ein Bericht über den Congress wird seinerzeit im Centralblatt erscheinen.

Einladung zur Theilnahme an der Section für Rhino-Laryngologie der 60. deutschen Naturforscherversammlung.

Von den Geschäftsführern der 60. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, welche dahier vom 18. bis 24. September d. J. tagen wird, aufgefordert, haben Unterzeichnete es übernommen, für die

Section für Laryngo- und Rhinologie

die vorbereitenden Schritte zu thun. Um den Sitzungen unserer Section zahlreichen Besuch und gediegenen Inhalt zuzuführen, beehren wir uns, zur Theilnahme freundlichst einzuladen. Beabsichtigte Vorträge oder Demonstrationen bitten wir frühzeitig

bei uns anzumelden. Die Geschäftsführer gedenken Mitte Juli allgemeine Einladungen zu versenden, und wäre es wünschenswerth, schon in diesen Einladungen das Programm der Sectionssitzungen wenigstens theilweise veröffentlichen zu können.

Wiesbaden, Anfang Mai 1887.

Dr. med. Heinrich,	Dr. med. Fischenich,
Adelhaidstr. 4,	Taunusstr. 5,
Einführender.	Schriftführer.

Hinsichtlich der mit der Versammlung zu verbindenden wissenschaftlichen Ausstellung hat die der letzten Juninummer beigelegte Einladung bereits Näheres gebracht. Der Leiter der laryngo-rhino-otologischen Gruppe ist: Dr. med. A. Pröbsting, 7 Adolphstrasse, Wiesbaden. Derselbe ist zu jeder weiteren Auskunft gerne bereit.

Einladung zur Theilnahme an der Subsection für Laryngo-Rhinologie der 55. Jahresversammlung der British Medical Association zu Dublin. 2. bis 5. August 1887.

Der Secretair der Subsection Dr. A. Hayes, 56 Merrion Square South, Dublin, erlässt eine Einladung zur Betheiligung an den Arbeiten der Subsection, aus welcher hervorgeht, dass zwei grössere Discussionen und zwar 1) Ueber Kehlkopfschwindsucht und 2) Ueber die Reflexneurosen des Nasenrachenraumes stattfinden sollen, dass aber auch unabhängige Vorträge erwünscht sind. Kein Vortrag darf mehr als 15 Minuten in Anspruch nehmen. In der Discussion darf jeder Redner nur einmal und zwar nicht länger als 10 Minuten sprechen. Antworten an den Secretair werden bis zum 11. Juli spätestens erbeten.

Laryngologische Section des neunten internationalen medicinischen Congresses zu Washington. September 1887.

Von dem Präsidium der Section geht uns folgendes Circular mit der Bitte um Veröffentlichung zu:

Geehrter Herr College!

Haben Sie die Güte, dem Präsidenten der Section sofort folgende Mittheilungen zu machen:

1. Welches ist der Titel Ihres Vortrags?
2. Wie lange Zeit nimmt die Verlesung desselben in Anspruch?
3. Werden Sie persönlich anwesend sein und den Vortrag selbst halten, oder wollen Sie einen der Secretaire, resp. ein anderes anwesendes Mitglied dazu designiren, ihn für Sie zu verlesen?

Die officiellen Sprachen des Congresses sind: Englisch, Französisch, Deutsch. Die für jeden Vortrag bewilligte Zeit beträgt 20 Minuten. In der Discussion darf jedes Mitglied 10 Minuten sprechen. Ein Auszug des Vortrags ist vor dem 30. April 1887 einzusenden.

Die folgenden Herren haben ihre Absicht kundgegeben, Vorträge vorzulegen:

Dr. B. Baginsky, Berlin; Dr. S. N. Benham, Pittsburgh, U. S. A.; Dr. A. Cartaz, Paris; Dr. W. E. Casselberry, Chicago, Ill., U. S. A., Dr. W. Cheatham, Philadelphia, U. S. A.; Dr. A. J. Coey, Chicago, U. S. A.; Dr. W. W. Cole, Allegheny, U. S. A.; Dr. W. F. Coomes, Louisville, U. S. A.; Dr. Ephraim Cutter, N. Y., U. S. A.; Dr. H. H. Curtis, N. Y., U. S. A.; Dr. W. H. Daly, Pittsburgh, U. S. A.; Dr. T. D. Davis, Pittsburgh, U. S. A.; Dr. C. M. Desvernine, Havana,

Cuba; Dr. Richard Ellis, New Castle on Tyne, England; Dr. Richardson Gray, Orange, N. J., U. S. A.; Prof. Jos. Gruber, Wien; (Prof. Hack); Dr. J. H. Hartmann, Baltimore, U. S. A.; Dr. Herman E. Hayd, Buffalo, U. S. A.; Dr. D. A. Hengst, Pittsburgh, U. S. A.; Dr. Theodor Hering, Warschau; Dr. Camalt Jones, London, England: Dr. H. Jones, London; J. P. Klingensmith, Blairsville, U. S. A.· Dr. Paul Koch, Luxemburg; Dr. H. Krause, Berlin; Dr. Geo. Mackern, Buenos Ayres; Dr. Geo. W. Major, Montreal, Canada; Dr. F. A. Mandeville, Rochester, U. S. A.; Dr. F. Moura, Paris; Dr. D. F. Massei, Neapel; Dr. A. W. Orwin, London; Dr. M. C. O'Toole, San Francisco, U. S. A.; Dr. Wm. Porter, St. Louis, U. S. A.; Dr. D. N. Rankin, Allegheny, U. S. A.; Dr. J. M. Ridge, Camden, N. J., U. S. A.; Dr. J. O. Roe, Rochester, U. S. A.; Dr. John A. Robinson, Chicago, U. S. A.; Dr. O. Rosenbach, Breslau; Dr. A. Schnee, Nizza; Prof. J. Schnitzler, Wien; Dr. Schumacher, Aachen; Dr. Carl Seiler, Philadelphia, U. S. A.; Dr. J. G. Sinclair, Nashville, U. S. A.; Dr. F. Semeleder, City of Mexico; Dr. Max Stern, Philadelphia, U. S. A.; Dr. J. A. Stucky, Lexington, U. S. A.; Dr. Richard Thomas, Baltimore, U. S. A.; Dr. W. McNeil Whistler, London; Dr. Edward Woakes, London, Dr. Ziem, Danzig.

W. H. Daly, M. D.,
Präsident der laryngologischen Section,
71 Sixth Avenue, Pittsburgh, Pa., U. S. A.

Amerikanische Secretaire:

Wm. Porter, M. D., 1337 Lucas Street, St. Louis, Mo., U. S. A.
D. N. Rankin, A. M., M. D.,
85 Lincoln Avenue,
Allegheny Pa., U. S. A.

Deutscher Secretair:

Dr. Ottakar Chiari, 14 Elisabeth-Strasse, Wien.

Französischer Secretair:

Dr. E. G. Moure, 2 Cours de Tournon, Bordeaux.

Deutsche Uebersetzung der Gordon Holmes'schen Geschichte der Laryngologie.

Die in Aussicht gestellte deutsche Uebersetzung der Holmes'schen „Geschichte der Laryngologie“ (vgl. Centralblatt II., S. 517 und III., S. 31) aus der Feder von Dr. O. Koerner (Frankfurt a. M.) ist soeben bei August Hirschwald (Berlin) erschienen. Der Uebersetzer hat sich bemüht, überall die betreffende Originalliteratur aufzutreiben, und alle Citate, welche Holmes anderen als englischen Schriftstellern entnommen hat, aus dem Original in's Deutsche zu übertragen. Die Uebersetzung selbst ist genau, aber nicht sklavisch und liest sich vortrefflich. Zu bedauern ist nur eine Anzahl störender Druckfehler, von denen speciell einer der Correction bedarf. Auf Seite 84 muss es (Zeile 3 von unten) heissen: „Bis 1871 (nicht 1881) betrug die Anzahl der veröffentlichten Fälle von Kehlkopfpolypen 189“ etc. . . .

In der deutschen Ausgabe sind einige, auf neuere Arbeiten bezügliche kurze Anmerkungen und Literaturnachweise beigefügt, deren Zahl und Umfang wohl mit Vortheil noch hätte vergrössert werden können. Indessen ist dies, wie schon in der Besprechung des Originals hervorgehoben, ein Punkt, in dem Jedermann das Recht der eigenen Meinung hat. Jedenfalls wird sich die Koerner'sche Uebersetzung viele Freunde erwerben.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang IV. Berlin, August. 1887. No. 2.

I. Die gegenwärtige Stellung und die nächsten Aufgaben der Laryngologie.

Im Prospect des Centralblattes wurde es für eine der ersten Aufgaben desselben erklärt, unseren Lesern in einer Serie von Leitartikeln ein möglichst objectives Bild der Stellung zu geben, welche die Laryngologie gegenwärtig in den verschiedenen Culturländern einnimmt.

Diese Aufgabe ist in den ersten drei Jahrgängen unseres Blattes erledigt worden. In einer Reihe von Artikeln, welche aus den Federn berufener Fachgenossen stammen und auf zuverlässigen Informationen beruhen, ist vor unseren Lesern ein getreues Bild der gegenwärtigen Stellung unserer Specialität entrollt worden. Nach einem allgemein befolgten Plane haben die Verfasser sich bemüht, eine kurze, aber präcise Schilderung der medicinischen Unterrichts- und Examinationsverhältnisse des betreffenden Landes, der Stellung, welche die Laryngologie diesen Verhältnissen gegenüber einnimmt, der Beziehungen zwischen den practischen Aerzten und den Laryngologen, des Interesses, welches der Laryngologie im Allgemeinen in dem betreffenden Lande geschenkt wird, der Zahl der Laryngologen, der speciellen Literatur- und gesellschaftlichen Verhältnisse — kurz, aller derjenigen Punkte zu geben, auf welche es bei einer solchen allgemeinen Uebersicht ankommt. Es ist auf diese Weise eine gewisse Einheitlichkeit der Schilderung erreicht worden, welche die Vergleichung und die Gesammtübersicht erleichtert. Absolut freilich — und wir sind weit davon, dies zu verkennen — ist diese Einheitlichkeit nicht. So objectiv jeder einzelne Verfasser die laryngologischen Verhältnisse seines Landes zu schildern sich bemüht hat, so liegt es doch in der menschlichen Natur, dass eine mehr oder minder optimistische oder pessimistische Lebensauffassung der ganzen Darstellung ein gewisses Gepräge aufdrückt, welches je nachdem die Dinge in rosigerem oder düstererem Lichte erscheinen lässt, als sie wirklich sind. Durch eine derartige Verschiedenheit der Auffassung mögen wohl manche unserer Schilderungen einigermassen beeinflusst worden sein.

Aber im Ganzen dürfen dieselben, wie uns vielseitig versichert worden ist, darauf Anspruch machen, den von ihnen verfolgten Zweck erreicht zu haben, und

es dürfte nicht schwer sein, aus den Einzeldarstellungen ein Gesammtbild der gegenwärtigen Stellung der Laryngologie zu construiren.

Wir finden eben einerseits überall frisches, kräftiges Leben, wissenschaftlichen Eifer, enorme — vielfach übergrosse — literarische Production unter den Specialisten selbst, sowie reger werdende Theilnahme der jüngeren Generation der practischen Aerzte an unseren Bestrebungen, gegenüber einer im Allgemeinen kühlen. theilnahmslosen, vielfach selbst ablehnenden Haltung der Behörden, der medicinischen Lehrkörper und einer leider beträchtlichen Anzahl der rein wissenschaftlichen, wie der practischen Aerzte.

Wir geben gern zu, dass die Anzahl der Theilnehmenden wächst, die der Theilnahmslosen und der Gegner sich vermindert. Aber die Veränderung geht sehr langsam, für unsere berechtigten Wünsche zu langsam, vor sich. Die Laryngologie steht heute nicht mehr dermassen in den Kinderschuhen, dass diejenigen, an denen es wäre, sie zu fördern, ungläubig nach Beweisen ihrer Leistungsfähigkeit fragen sollten. Diese Beweise sind und werden täglich von neuem geliefert. Ein Zweig der medicinischen Wissenschaft, welcher derartiges nicht nur für die Erkennung und Behandlung der Krankheiten der Theile, mit denen er sich speciell beschäftigt. sondern auch für die Diagnose schwerer Allgemeinerkrankungen leistet, wie die Laryngologie, darf mit Fug und Recht beanspruchen, auch öffentlich überall diejenige Anerkennung zu finden, diejenige Stellung zu bekleiden, welche ältere Zweige der Medicin, die vor ihm nichts voraus haben als längere Existenz, schon lange besitzen!

Aber wo finden wir dieses billige Verlangen realisirt? Wo finden wir staatliche Institute für Laryngologie, wo staatliche Professoren der Laryngologie? Wo werden laryngologische Kenntnisse bei der Schlussprüfung verlangt? Wo ist es überhaupt den Staatsangehörigen eines Landes gewährleistet, dass der junge Arzt, der mit dem Stempel des bestandenen staatlichen Examens unter sie tritt, die elementarsten Kenntnisse in der Diagnose und Behandlung der Leiden des Kehlkopfs und der Nase besitzt?

Die Antwort auf diese Fragen fällt unbefriedigend aus, wohin wir auch blicken. Wohl sind in einzelnen Universitäten einzelner Reiche staatlich unterhaltene oder wenigstens unterstützte, laryngologische Kliniken oder Polikliniken vorhanden, wohl tragen einzelne Fachgenossen den Professortitel, wohl wird von einigen vereinzelten Examinationsbehörden in Amerika und Irland auch ein Beweis laryngologischer Kenntnisse bei Ablegung der letzten Prüfung verlangt, aber alles dies sind leider nur Ausnahmen. Es giebt, soweit wir zu ermitteln vermocht haben, nicht ein einziges Land, das die Bedeutung der Laryngologie in der Weise anerkannte, dass es grundsätzlich an jeder seiner Universitäten einen Professor der Laryngologie anstellte, eine laryngologische Klinik oder Poliklinik unterhielte, den Besuch einer solchen obligatorisch machte und den Beweis eines elementaren Wissens in der Rhino-Laryngologie für die Schlussprüfung verlangte. Das aber sind die Punkte, auf die Alles ankommt. Und wie unsicher ist dabei die Laryngologie selbst in den scheinbar ihr am günstigst gesinnten Ländern fundirt! Man denke nur an die Vorgeschichte des diesjährigen internationalen Congresses. Nordamerika war stets als das Eldorado der Laryngologie betrachtet

worden. Nach allem was wir wussten, mussten wir glauben, dass unsere dortigen Fachgenossen Alles das bereits erreicht hatten, wonach die europäischen Laryngologen noch streben: Unabhängigkeit, sichere Stellung, allgemeine Anerkennung. Da kommen Zwiespältigkeiten, welche ursprünglich rein persönlicher Natur waren, und in einem Augenblicke wird die Laryngologie ihrer unabhängigen Stellung bei dem Congresse beraubt, hinter das zurückgeworfen, was sie bereits auf den vorigen Congressen erreicht hatte! — Freilich ist es den vereinten Bemühungen amerikanischer und europäischer Laryngologen gelungen, den in der Juninummer 1886 besprochenen Beschluss wieder rückgängig zu machen. aber die ganze Episode zeigt doch deutlich, auf wie schwankendem Boden die Unabhängigkeit der Laryngologie auch in den Vereinigten Staaten steht. Wie zögernd und engherzig ihr in England eine separate Stellung eingeräumt wird, dafür liefert der Briefkasten unserer diesjährigen Märznummer einen Beweis.

Und leider ist es nicht nur mit Bezug auf officielle Anerkennung, dass die Dinge nicht so stehen. wie sie sollen. Eines der bedauerlichsten Zeichen der gegenwärtigen Sachlage besteht in der mangelnden oder äusserst geringen Theilnahme der Vertreter der wissenschaftlichen Medicin an unseren Bestrebungen und Fortschritten. Von einzelnen rühmlichen Ausnahmen abgesehen giebt es für einen wissenschaftlichen Laryngologen keine niederschlagendere Lectüre, als das Studium des den Kehlkopfkrankheiten gewidmeten Capitels in den neuesten und im Uebrigen vorzüglichsten Lehrbüchern der Medicin, Chirurgie und Neurologie, sowie der einschlägigen Abschnitte in physiologischen Werken. Erst dann wird dem Nachdenklichen ganz klar, wie isolirt wir dastehen, wie wenig Interesse die uns am meisten beschäftigenden Fragen bei unseren Fachgenossen erregen, wenn er sieht, in welch' überlebten Anschauungen bezüglich unseres Gebietes sich die meisten der Verfasser bewegen, wie kritiklos als unrichtig erwiesene Angaben von einem Werke ins andere übernommen werden, wie völlig unbekannt die betreffenden Autoren mit den wichtigsten, im Laufe der letzten zehn Jahre gemachten Fortschritte auf unserem Gebiete sind. Geradezu betrübend sind öfters die dürftigen Mittheilungen, welche die allgemeinen medicinischen Zeitungen im redactionellen Theile ihren Lesern als Hauptergebnisse neuerer laryngologischer Forschungen auftischen, Mittheilungen, welche nur zu oft die gänzliche Unbekanntschaft des betreffenden Redactionsmitgliedes mit dem Gegenstande verrathen, über welchen es schreibt, und welche durch eine besondere Ironie des Schicksals gewöhnlich solchen Arbeiten gewidmet werden, über deren Unwerth der erfahrene Laryngologe nicht den geringsten Zweifel hat.

Es liesse sich in dieser Beziehung noch vieles sagen, aber das Gesagte genügt wohl, um zu zeigen, dass gerade in den Richtungen, in welchen die Interessen der Laryngologie am tiefsten betroffen sind, die Dinge nicht so liegen, wie sie sollten.

Die Frage entsteht hier: Wie ist es zu dieser unerfreulichen Sachlage gekommen?

Wir wollen versuchen, diese Frage zu beantworten, obwohl die Antwort eine Einkehr in das innere Leben unserer Specialität erfordert, welche nicht ausschliesslich erfreuliche Resultate ergeben dürfte. Aber es ist einer der aner-

kanntesten ärztlichen Grundsätze, dass ohne eine richtige Diagnose eine richtige Therapie, d. h. in unserem Falle eine Verbesserung der gegenwärtigen Stellung, nicht möglich ist, und wenn diese Diagnose nicht ohne eine für unser Selbstgefühl vielleicht nicht angenehme Sondirung zu erzielen ist, so dürfen wir uns derselben doch nicht entziehen.

Zu der Zeit, als der Specialismus in der Laryngologie sich zu entwickeln begann, d. h. nach der Einführung des Laryngoscops, verfolgte die ganze medicinische Welt mit grossem Interesse die Bestrebungen der Wenigen, die sich mit dem neu erschlossenen Gebiete beschäftigen.

Zu jener Zeit war Alles interessant. Wenn man sich auch schon früher aus dem Zustande der Theile nach dem Tode ein ungefähres Bild von den Vorgängen während des Lebens gemacht hatte, so sahen doch die Dinge im Spiegel anders aus, wie auf dem Obductionstische, und mit Interesse las jeder Arzt die Beschreibung der Erscheinung des Kehlkopfs bei der Entzündung, dem Oedem, der Phthise, der Syphilis, dem Carcinom, den verschiedenen Lähmungsformen. Das waren glückliche Tage für den Laryngologen, wo es genügte, den Spiegel einzuführen, um etwas Neues, Unerwartetes zu entdecken! —

Naturgemäss konnte das nicht für immer dauern:

Bald ging man von der Diagnose zur Therapie über. Hierzu mussten vor allen Dingen neue Instrumente erfunden werden, um das dem Auge erschlossene Gebiet der Hand zugänglich zu machen. Wie Pilze nach dem Regen wuchs die Zahl der neu construirten Instrumente ins Unendliche. Jeder Laryngolog musste seine eigene Beleuchtungsquelle, sein eigenes Laryngoscop, seinen eigenen Pinsel oder Pulverbläser, seine eigenen Zangen, Guillotinen, Messer, Inhalationsapparate haben. In der hochinteressanten Kritik (Berliner klinische Wochenschrift, 1881, No. 14 und 15), die das letzte Werk unseres verewigten Collegen Waldenburg bildet, und deren allgemeine Anschauungen sich mit denen der vorliegenden Zeilen völlig decken, wird erzählt, dass der ebenfalls dahingegangene Elsberg sich eine Zeit lang alle neu empfohlenen laryngologischen Instrumente angeschafft und dafür etwa 5000 Dollars verausgabt habe. Heute würde das Doppelte dieser Summe wohl kaum reichen, um sich in den Besitz des ganzen seit 1857 empfohlenen laryngologischen Rüstzeugs zu setzen. Und wieviel von dem Allen braucht man wirklich? — Aber so sehr waren und sind manche Laryngologen nicht nur von der Vortrefflichkeit, sondern von dem alleinigen Werth der von ihnen selbst construirten Instrumente überzeugt, dass sie mit der grössten Unduldsamkeit über den ihrigen ganz ähnliche und sich nur in unbedeutenden Details unterscheidende öffentlich herfallen, und dass öfters lange und heftige Controversen in allgemeinen medicinischen Journalen über die Vorzüglichkeit dieses oder jenes Schlingenschnürers, Messers, Handgriffs etc. geführt werden, während doch in Wahrheit gewöhnlich jedes der sich bekämpfenden Instrumente in der Hand des an seinen Gebrauch Gewöhnten ebenso gute Dienste leistet, wie das andere! — Zu wenig dürfte oft bedacht werden, dass das grosse ärztliche Publicum, das derartige Dinge leider nur zu häufig lesen muss, unausbleiblich zu einer gewissen Geringschätzung einer Specialität getrieben wird, in welcher derartige untergeordnete Dinge mit dem grössten Eifer discutirt werden! —

Als nun die Instrumente vorhanden waren, ging es an die Therapie und gleichzeitig, nachdem die grösseren diagnostischen Neuigkeiten erschöpft zu sein schienen, an die Beobachtung und Publication von feineren Details. Die Casuistik schwoll ins Ungeheure. Hier war die Grenze, wo das Interesse des Gros der Aerzte nur noch theilweise Schritt hielt, theilweise bedenklich zu erlahmen begann, hier auch der Punkt, von dem aus die Laryngologie — wir wollen gern zugeben: sehr natürlicherweise — sich von dem Gebiete allgemeiner Interessen zu entfernen begann, und, wenigstens zeitweise, mehr und mehr die Fühlung mit anderen parallelen Zweigen verlor.

Es war ja gewiss anfänglich natürlich genug, dass jeder seltnere Fall, jede gelungene Operation eines Kehlkopfpolypen vereinzelt veröffentlicht wurde; lehrte doch der erstere Neues, bedeutete doch die letztere einen Triumph unseres therapeutischen Könnens.

Aber die Production überstieg und übersteigt, wie unsere Leser das allmonatlich bestätigt finden, bei weitem die Grenzen des Bedürfnisses. „In der Hochfluth der Casuistik droht zur Zeit Alles unterzugehen.“ So lautet der Klageruf eines unserer Besten in einem im vorigen Jahre in unseren Spalten veröffentlichten Briefe. Schon vor fünf Jahren sagte ein trefflicher Artikel der „Monatsschrift für Ohrenheilkunde“, dass man „die einzelnen Goldkörner unter einem ungeheuren Haufen von Spreu“ suchen muss. Dem überlasteten practischen Arzt ist es wohl kaum zu verargen, dass er im Allgemeinen wenig Lust bezeugt, sich einem so undankbaren Geschäft zu unterziehen.

Grösseres Unheil jedoch, als die literarische Ueberproduction, hat unserer Ueberzeugung nach therapeutischer Uebereifer angerichtet. Wir stehen nicht an, zu behaupten, dass das, was der Laryngologie am meisten in den Augen des ärztlichen Standes geschadet hat, die Uebertreibung der localen Behandlung, oft genug mit völliger Vernachlässigung des Allgemeinzustandes des Kranken gewesen ist, welche sich Jahrzehnte lang fast in aller Herren Ländern breit gemacht hat, und welche leider auch heutzutage noch bei weitem nicht als ein überwundener Standpunkt zu betrachten ist. Hier ist der wunde Fleck der Laryngologie! —

Wohl war es natürlich genug, dass man von vornherein an die Zugänglichkeit der Nase, des Nasenrachenraumes, des Kehlkopfs, des oberen Theiles der Luftröhre kühne Erwartungen für therapeutische Zwecke knüpfte, und wer wollte läugnen, dass sich diese Erwartungen zum grossen Theil erfüllt haben? Die Operation der adenoiden Vegetationen, die intralaryngeale Behandlung von entzündlichen und phthisischen Processen, von gutartigen Kehlkopfneubildungen, die probeweise Entfernung von Theilen zweifelhafter Neoplasmen zum Zwecke mikroscopischer Untersuchung, die intralaryngeale Faradisation, die Stenosenbehandlung — alle diese und viele andere Dinge sind Errungenschaften, auf welche die Laryngologie stolz sein darf. Aber wer kann andererseits läugnen, dass das Princip der Localbehandlung vielfach zu weit getrieben, dass oft genug vergessen worden ist und vergessen wird, dass das Kehlkopf- oder Nasenleiden, dem mit allen Mitteln vervollkommneter Technik zu Leibe gegangen wird, nur eine — oft genug unbedeutende — Theilerscheinung eines Gesammtleidens dar-

stellt, dessen Fortschreiten durch die locale Therapie nicht nennenswerth beeinflusst wird, dass nicht eben selten eine Localbehandlung unternommen und lange fortgesetzt wird, wo eine ausschliesslich constitutionelle Therapie weit mehr am Platze wäre, sowie dass Operationen vorgeschlagen und ausgeführt werden, die in grellem Missverhältnisse zu der Geringfügigkeit des wirklich oder vermeintlich vorhandenen pathologischen Processes stehen? — Hierher gehört auch die kritiklose Aufnahme und Weiterempfehlung neuer enthusiastisch gerühmter Behandlungsmethoden! — Es ist ja begreiflich genug bei unserer therapeutischen Ohnmacht in so vielen Dingen, dass man an neue Vorschläge, die Aussicht auf Erfolg bei früher unheilbaren oder wenigstens der Behandlung kaum zugänglichen Affectionen bieten, mit einer gewissen Hoffnung herantritt; begreiflich genug, dass man, wenn die eigenen ersten Fälle die Empfehlung zu rechtfertigen scheinen, Vertrauen zu der Sache gewinnt. Aber zwischen diesem Stadium und dem der oft die ursprüngliche Empfehlung noch übertrumpfenden Publication der eigenen, kaum gewonnenen Erfahrungen sollte doch ein weiter Zwischenraum liegen. Leider aber erfolgt nur zu oft die Publication verfrüht; Hoffnungen werden rege gemacht, die nachher nicht erfüllt werden, und der Rückschlag, der um so grösser ist, je lauter vorher die Vorzüglichkeit der neuen Methode gepriesen wurde, beschränkt sich nicht nur auf eine — oft ebenfalls über alles Maass hinausschiessende — Verdammung jener, sondern betrifft die Specialität selbst. Beispiele für das, was wir meinen, dürften jedem unserer Leser gegenwärtig sein.

Kurzum: peccatur intra muros et extra. Wenn wir, und zwar mit Recht, uns über mangelnde Anerkennung der Behörden und vielfach auch der Collegen beklagen, so dürfen wir nicht vergessen, dass gar manches vorliegt, was die Kühle, mit der man unseren Bestrebungen begegnet, wohl erklärlich macht. Sobald dies einmal realisirt wird, ist auch der Weg zu einer Besserung der gegenwärtigen Zustände geöffnet.

Dieser Weg ist, das dürfen wir uns nicht verhehlen, ein langer und mühevoller. Ein gleichzeitiges Vorgehen auf der ganzen Linie, d. h. eine gemeinsame Action der Laryngologen der Welt zur Erzielung der Desiderata: staatliche Anerkennung der Laryngologie in Form von Staatskliniken oder -polikliniken und von Anstellung von Professoren für den Gegenstand an allen medicinischen Bildungsanstalten, obligatorischer Besuch eines laryngologischen Cursus, Berücksichtigung der Laryngologie beim letzten Examen — ist aus dem Grunde nicht möglich, dass, wie unsere Artikel dies gezeigt haben, die Formen des medicinischen Unterrichts und die Ressortverhältnisse der medicinischen Bildungsanstalten in den verschiedenen Ländern durchaus verschieden sind. Was in den meisten continentalen Staaten Europa's durch ein Decret des Unterrichtsministers, durch eine Geldbewilligung des betreffenden Parlaments erreicht werden kann, findet auf Grossbritannien, auf die Vereinigten Staaten absolut keine Anwendung. Es bleibt also denjenigen, welche für die gedeihliche Weiterentwickelung der wissenschaftlichen Laryngologie und für die Verbreitung laryngologischer Kenntnisse im ärztlichen Stande ein Herz haben, nur übrig, die obengenannten Desiderata unverrückt im Auge zu behalten, und zu ihrer Verwirklichung diejenigen Mittel und Wege einzuschlagen, welche sie

nach Kenntniss der Verhältnisse in ihrem eigenen Lande für recht und geeignet halten. Der legitimste Weg wird überall der sein und bleiben, durch tüchtige, in grossen medicinischen Journalen veröffentlichte Arbeiten, durch bedeutungsvolle, in allgemeinen ärztlichen Vereinen gehaltene Vorträge unseren Fachgenossen einen besseren Begriff von der Wichtigkeit und dem Können der Laryngologie zu geben, als ihn viele derselben leider in diesem Augenblicke haben. Wir müssen ihnen den Beweis liefern, dass die Periode, in welcher blosse manuelle Technik das höchste erstrebenswerthe Ideal der Laryngologen zu sein schien, hinter uns liegt; dass die wissenschaftliche Laryngologie in Bahnen eingelenkt hat, welche sie der allgemeinen Wissenschaft, von der sie sich eine Zeit lang, gewiss nicht zum Nutzen beider, zu entfernen drohte, wieder näher bringen. Wir müssen ihnen immer wieder zeigen, von welch' hoher, oft ausschlaggebender Bedeutung die Kehlkopfuntersuchung für die frühzeitige Diagnose schwerer Allgemeinerkrankungen ist, wie sehr Forschungen auf allgemeinem, oft anscheinend fernliegendem Gebiete durch parallele Untersuchungen in dem Territorium der Physiologie und Pathologie des Kehlkopfes gefördert werden. Noch sind es nur verhältnissmässig wenige Physiologen, Kliniker, Chirurgen, practische Aerzte, welche die Bedeutung des rationell betriebenen, immer wieder den Zusammenhang mit der allgemeinen Wissenschaft suchenden Specialismus in der Laryngologie anerkennen: durch gemeinsame Arbeit der Specialisten aber, immer mit dem Ausblick auf die Erreichung dieses Zieles, kann und wird ihre Zahl vergrössert werden, und dann kann auch die Realisirung unserer Wünsche nicht ausbleiben. Schon verschliesst man sich an einzelnen massgebenden Stellen nicht mehr unseren berechtigten Anforderungen. Der französische Unterrichtsminister hat kürzlich einen französischen Laryngologen mit dem Studium der laryngologischen Einrichtungen an der Wiener Universität betraut; sein italienischer College Material hinsichtlich des laryngologischen Unterrichts in Oesterreich, Frankreich und England sammeln lassen. In Gent werden officielle Curse der Rhino-Laryngologie gehalten. Nachdem man in Berlin mit dem guten Beispiel der Errichtung einer staatlichen Poliklinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten vorangegangen ist, kann es deutschen Collegen, die in anderen Universitätsstädten leben, nicht mehr unüberwindlich schwer fallen, Gleiches auch für ihre eigenen Universitäten durchzusetzen, denn sicherlich ist den Studenten anderer Universitäten billig, was den Berliner Studenten recht ist. Hierin liegt unserer Ansicht nach die principielle Bedeutung der Errichtung der Königlichen Poliklinik in Berlin. Andere Länder werden sich dem gegebenen Beispiel auf die Länge ebenfalls nicht entziehen können. Von der Errichtung staatlicher Anstalten bis zum obligatorischen Besuche derselben ist es nur ein Schritt, und wiederum nur ein Schritt von hier bis zur Berücksichtigung der Laryngologie im Schlussexamen. Gerade in letzterem Punkte möchten wir jedoch nicht missverstanden werden. Unser Ehrgeiz geht durchaus nicht auf ein separates laryngologisches Examen. Ueberall sind schon jetzt die Studenten bei dem rapiden Fortschritt unseres Wissens dermassen mit den verschiedensten Anforderungen überbürdet, dass uns ein separates laryngologisches Examen, welches wohl gar von einem extravagante Ansprüche machenden Specialisten geleitet würde, eine wirkliche Härte darzustellen scheint.

Aber ein solches Examen ist gar nicht nöthig. Erforderlich ist nur: 1. dass der Examinand bei Gelegenheit des allgemeinen klinischen Examens darauf vorbereitet sein sollte, erforderlichen Falles die Diagnose eines nicht allzuschweren Kehlkopffalles zu stellen, resp. die Kehlkopfuntersuchung zur Diagnose eines Falles von Allgemeinerkrankung heranzuziehen oder auch selbst eine einfache intralaryngeale Application auszuführen, wie sie in der Praxis eines auf dem Lande oder in einer kleinen Stadt lebenden practischen Arztes alltäglich erforderlich werden kann, und 2. dass der Beweis mangelnden Wissens in den genannten Beziehungen bei Abgabe des Schlussurtheils entsprechend schwer ins Gewicht fiele, wie Unkenntniss im Gebrauche einer der anderen klinischen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Sobald der Examinand weiss, dass dies von ihm verlangt, dass er für seine Unwissenheit eventuell zu büssen haben wird, erscheint uns die allgemeine Bekanntschaft der practischen Aerzte mit der Laryngoscopie, und mit dieser Bekanntschaft auch die Werthschätzung der Laryngologie gesichert. Denn es ist ein charakteristisches Phänomen, dass gerade diejenigen sich am skeptischsten der Laryngologie gegenüber stellen, die von ihr gar nichts wissen! — Freilich ist es, um auf die gesammte heranwachsende Generation in einer Weise einwirken zu können, welche für sie selbst, für die allgemeine Wissenschaft, für das hülfsbedürftige Publicum und auch für die Laryngologie selbst von Nutzen ist, vor allen Dingen erforderlich, den jetzt die Geschicke des medicinischen Unterrichts leitenden Persönlichkeiten einen höheren Begriff von unserer Specialität beizubringen, und wir können es daher zum Schlusse nur immer wieder und wieder betonen: dass unserer Ueberzeugung nach die nächste Aufgabe der Laryngologie darin besteht, dem weiteren Kreise unserer Fachgenossen immer neue Beweise von dem Können und der Bedeutung der Laryngologie in Verbindung mit medicinischen Fragen von weiterem Interesse zu geben. Verfahren wir Alle in diesem Sinne, so erscheint uns die gedeihliche Entwickelung und die nicht zu ferne allgemeine Anerkennung des Werthes der Laryngologie als gesichert.

II. Referate.

a. Allgemeines.

1) **J. Rotgans** (Amsterdam). **Beiträge zur Kenntniss vom Halstheil der letzten 4 Gehirnnerven. (Bijdrage tot de Kennis van het Halsgedeelte der laatste 4 Hersen-Lenuven.)** *Weekblad van het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde. No. 35. 1886.*

Dissertation. Beiträge zur Physiologie genannter Gehirnnerven.

Der N. glossopharyngeus führt motorische Fasern mit sich und ist ein gemischter Nerv, obgleich seine sensiblen Elemente, welche die Geschmackseindrücke zu besorgen haben, bei Weitem das Uebergewicht bilden. Beweis:

Die motorischen Fasern für den M. stylopharyngeus werden grösstentheils vom N. glossopharyngeus geliefert, obgleich dieser Muskel auch einige Fasern vom N. facialis erhält, während wieder der M. stylohyoideus und digastricus, zwei in's Innervationsgebiet des N. facialis fallende Muskeln, einige Fasern vom N. glossopharyngeus empfangen.

Der N. vagus gehört ebenfalls zu den gemischten Nerven. Ein deutlicher Beweis dafür ist der Laryngeus superior, dessen motorische Elemente, die wohl zum kleinsten Theil vom Accessorius herkommen und ganz vom Vagus abstammen, den M. cricothyreoideus versorgen; der Vagus müsse daher schon von seinem Ursprung an motorische Fasern enthalten. Anders die Nn. pharyng. und Recurrentes, in welchen man genau die Accessoriusfasern verfolgen kann. — Dann erwähnt der Autor den Laryng. medius (Exner). „Der Laryng. infer. giebt wahrscheinlich an alle inwendigen Larynxmuskeln motorische Fasern ab."

Der N. accessorius ist ein motorischer Nerv. Durch seine Verbindung mit den Halsnerven erhält derselbe auch sensible Elemente.

Der N. hypoglossus ist motorisch, wird aber gemischt durch seine Anastomosen mit den Halsnerven.

Der Ram. descend. hypogl. muss eigentlich „cervicalis" heissen, weil er ganz aus Cervicalnerven zusammengesetzt ist. — Im Uebrigen ist auf das Original zu verweisen, welches viel Bekanntes enthält. BAYER.

2) G. E. Rennie (London). **Ein anomaler Muskel vorn am Halse bei einem Menschen. (On an anomalous muscle in the front of the neck in a human subject.)** *Journal of anatomy and physiology. Jan. 1886.*

Ein sehr klarer und genauer Bericht über einen anomalen Muskel, welcher sich bei der Section eines gut gewachsenen Mannes fand. Der Muskel ging vom Manubrium aus und inserirte sich mit drei Köpfen an das Schläfenbein, die Pharynxaponeurose und den oberen Schlundschnürer. R. nennt ihn sterno-petrosopharyngeus. — Ein genauer Bericht über seine Beziehungen zu den Halsgebilden findet sich in dem Artikel. A. E. GARROD.

3) **Drouault. Neuropathische Blutungen der Luftwege. (Des hémorrhagies nevropathiques des voies respiratoires.)** *Thèse. No. 221. Paris. 1886.*

D. definirt diese Blutungen als blutige, plötzlich unter dem Einfluss vasomotorischer Störungen auftretende Ergiessungen. Ursachen sind entweder functionelle Störungen der Nervencentren oder materielle Verletzungen des Cerebrospinalnervensystems. Diese Blutungen sind häufiger bei Frauen.

Der Autor bespricht die verschiedenen Ansichten, welche über die Pathogenese dieses Symptoms geäussert wurden. Er erinnert daran, dass Brown-Séquard annimmt, dass die Blutungen das Resultat einer Contraction der Arterien und Venen seien, deren Blut aus den Zweigen in die Capillaren getrieben würde, welche durch das Uebermaass des Druckes zerreissen.

Elstein sieht im Gegentheil darin einen vasomotorischen Reiz, welcher den Blutdruck steigert, während Vulpian diese Blutungen durch eine vasomotorische Paralyse erklärt. Diese Blutungen nehmen ihren Ausweg durch die Nase, die Bronchien, die Urinwege, den Magen oder Darmkanal. E. J. MOURE.

4) **Carmichael** (Edinburgh). **Der Bronchialcatarrh der Kinder. (The bronchial catarrh of children.)** *Edinburgh Med. Journal. October-November 1886.*

Diese sehr interessante Arbeit behandelt hauptsächlich Gegenstände, welche nicht in dem Bereich des Centralblatts liegen. Bei Besprechung des Lungencollapses behauptet der Autor indessen, dass „Alles, was mechanisch den normalen Respirationsmechanismus stört", diesen Collaps hervorzurufen geeignet ist. In diesem Zusammenhang werden die Affectionen des Larynx, der Nase und der Trachea erwähnt. Wir finden ferner darin den Satz, dass „Stenose der Nase bei jungen Kindern oft eine wichtige Rolle in dem Entstehen des Lungencollapses spielt."

M'BRIDE.

b. Nase und Nasenrachenraum.

5) **Carbonieri. Klinischer Beitrag zur Localisation des Riechcentrums. (Contribuzione clinice alla localizzazione del centro olfativo.)** *Rivista clinica. No. 9. 1885.*

Dissertation von $5^1/_2$ Seiten. Ein Mann von 27 Jahren, der an tuberculöser Peritonitis starb, hatte manchmal einige Minuten lang eine ekelhafte Geruchsempfindung, später Kopfweh und Erbrechen. Es fand sich ein nussgrosser Tumor tuberculöser Natur (Bacillen) in der rechten Occipito-temporalwindung und der des Hippocampus, da wo man den Sitz des Riechcentrums annimmt.

KURZ.

6) **Negel. Anosmie, Verlust des Geschmacks, Psoriasis buccalis. (Anosmie, Ageusie, Psoriasis buccal.)** *Progrès méd. 24. April 1886.*

Die 38jährige Kranke ist nervös. Die Anosmie verschwand von selbst nach zwei Monaten. N. bemerkt nur, dass die Psoriasis buccalis bei Frauen sehr selten ist.

E. J. MOURE.

7) **L. Carpani. Die Bedeutung der Epistaxis bei einigen Krankheitsformen. (L'importanza dell' epistassi in alcune forme morbose.)** *Gazzetta medica ital. lombarda. VIII. 1886.*

C. spricht über vicariirendes Nasenbluten, über Epistaxis bei verschiedenen Infectionskrankheiten: Typhus, chronisches Sumpffieber, infectiöse Pneumonie, Masern, Keuchhusten (bei dem zugleich das mechanische Moment mitwirkt), Mumps, Gesichtserysipel, Scharlach, Pocken; ferner bei Leberkrankheiten, nach Darreichung von gewissen Medicamenten, bei Amyloiddegeneration, bei allgemeinen Ernährungsstörungen, wie Leukämie, Werlhof'sche Krankheit, bei Atherom etc.

KURZ.

8) **Grandmaison. Epistaxis, Tamponade mittelst eines Gummiballs. (Epistaxis, tamponnement avec une boule de caoutchouc.)** *Correspondance de l'union médicale. 23. September 1886.*

Der Titel zeigt an, worum es sich handelt.

E. J. MOURE.

9) **F. L. Haynes. Eine leichte Methode, die Choanen zu tamponiren. (An easy method of plugging the posterior nares.)** *Therapeutic Gazette. August 1886.*

H. wendet einen doppelten Silberdraht von 40 Ctm. Länge an, um den Faden zu führen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

10) **Benoit. Ueber die krampfhafte Rhinobronchitis. (De la rhinobronchite spasmodique.)** *Thèse. No. 64. Paris. 1886.*

Unter diesem Namen beschreibt B. das Heufieber, welches er als einen Ausfluss der arthritischen Diathese betrachtet. Er theilt dasselbe in eine nasale und eine bronchitische Form ein. Die Behandlung soll einerseits den Anfall mit Cocaïn und Antispasmodicis bekämpfen, andererseits dem Uebel vorbeugen durch Chinin. sulf. und eine antiarthritische Medication.

Ein Literaturverzeichniss von 2 Seiten beschliesst diese These. E. J. MOURE.

11) **Ferreri. Nasale Reflexneurosen und submucöse Cocaïninjection. (Fenomeni riflessi nasali ed injezione sottomucosa di cocaïna. Rivista sintetica.)** *Sperimentale. IX. 1886.*

Revue über die Arbeiten von Gleitsmann, Schech, Schadewald, Hering, Beverley-Robinson, Gruening, Schweig, Baratoux. Zum Schluss wird eine Spritze zur submucösen Injection nach Prof. de Rossi abgebildet und empfohlen. KURZ.

12) **G. Masini** (Genua). **Ueber die Beziehungen zwischen Nasen- und Augenkrankheiten. (Dei rapporti fra alcune malattie del naso con alcune malattie degli occhi.)** *Bollettino d'oculistica. No. 1 u. No. 10. Firenze. 1885/86.*

Verf. sagt selbst, dass er nichts Neues bringt; er will dem Leser einige Beziehungen zwischen Augen- und Nasenkrankheiten in Erinnerung bringen und spricht über:

1. die Krankheiten der Thränenwege,
2. die der Conjunctiva und Cornea,
3. verschiedene Affectionen, bedingt durch Neuralgien bei Nasenkrankheiten.

Er erzählt einige Krankengeschichten, die den Zusammenhang zwischen Nasen- und Augenaffectionen darthun. KURZ.

13) **Abeille. Ozaena seit der Jugend, bisher allen Behandlungsweisen seit 14 Jahren trotzend, erfolgreich mit dem Galvanocauter behandelt. (Punaisie d'enfance ayant résisté a tous les traitements depuis 14 ans, traitée avec succès par le fer rouge.)** *Courrier méd. No. 51. p. 488. 9. October 1885.*

Ein 15jähriger Knabe hatte seit seiner frühesten Jugend an Stinknase gelitten, welche allen gegen sie gerichteten Heilungsversuchen bisher widerstanden hatte. Abeille selbst hatte ihn während eines Jahres dem Gebrauch von Amaris und Leberthran unterworfen; ihn Dämpfe von rothem Quecksilberoxyd einathmen und in jedes Nasenloch Injectionen von Chlornatrium machen lassen; ferner wurden Pinselungen mit Carbolsäure gemacht. Auf Verlangen der Eltern unternahm der Autor eine energischere Behandlung. Mit Hülfe eines nach seinen Angaben construirten galvanocaustischen Hammers konnte er die Schleimhaut der Muscheln rechts und links cauterisiren. Das dabei entstandene Fieber wurde mit ein wenig Chinin leicht beseitigt. Zur Zeit dauert die Heilung schon 15 Monate. — Verf. scheint übrigens mit der rhinoscopischen Untersuchung wenig vertraut zu sein.

E. J. MOURE.

14) **Gomez de la Mata. Die Ozaena. (El ocena.)** *Union de l. cien. med. Cartagena. 215—231. 1885.*

Nicht zugänglich. RED.

15) **Claverdat. Bemerkungen über Ozaena; ihre Behandlung durch Kautschukröhren. (Considérations sur l'ozène; son traitement par les tubes en caoutchouc.)** *Thèse. Montpellier. 1886.*

Nicht zu erlangen. E. J. MOURE.

16) **Vallas. Schleimpolypen der Nasenhöhlen. (Polypes muqueux des fosses nasales.)** *Société des sciences méd. de Lyon. Febr. 1886. — Lyon méd. 30. Mai 1886.*

Patient, Träger zahlreicher Polypen, wurde von Poncet operirt, der sich verpflichtet hielt, die Muscheln zu entfernen, um Recidive zu verhüten.

Mollière fügt hinzu, dass man den Finger vorn und hinten einführen muss, um sich zu vergewissern, dass Alles entfernt sei!

Man muss gestehen, dass das sehr grobe Operationen für eine so leicht zu behandelnde und so leicht mit dem Gesicht zu untersuchende Krankheit sind!

E. J. MOURE.

17) **Verneuil. Papillom der rechten Nasenhöhle. Eröffnung derselben, später Resection der vorderen Partie des Sinus maxillaris. Recidive, wiederholte Operationen. Unvollständiges Resultat. (Papillome de la fosse nasale droite. Ouverture de cette cavité, puis résection de la partie antérieure du sinus maxillaire. Recidives et opérations multiples résultats incomplets.)** *Bullet. et mém. soc. de chirurg. p. 658. Paris, 28. Juli 1886.*

Es handelt sich um ein Papillom, dessen Beginn 4 Jahre zurückreicht, und an welchem schon ein Arzt Operationsversuche gemacht hatte. Die rechte Nasenhöhle war vollständig verschlossen. Es ragte Nichts in den Pharynx hinein. Schmerzen waren fast gar nicht vorhanden, keine Drüsenschwellung. Die erste Operation wurde im Juni 1884 gemacht und der Tumor exstirpirt, nachdem man den Nasenflügel von der Wange losgelöst hatte. Im Juli wurde die bis dahin offen gelassene Wunde geschlossen, aber schon im September war die Nasenhöhle wieder verschlossen. Bei der zweiten Operation resecirte Verneuil die ganze vordere äussere Seite der Highmore'shöhle, den aufsteigenden Kieferast, den unteren Rand der Orbita und was an der äusseren Partie der Nasenhöhle zurückgeblieben war. Der Lappen wird aufrecht gehalten und die Höhle bleibt offen. Im Januar erschien ein pulsirender Tumor in der Höhe der Lamina cribriformis des Siebbeins, an dem Verf. nicht zu rühren wagte. Im Februar 1885 Wiederherstellung des Gesichts. Am 18. Juni 1886 kehrte die Patientin mit einem neuen Tumor der rechten Nasenhöhle wieder, aber ein indolenter, runder Vorsprung mit Pulsationen und Expansionsbewegungen im Niveau des inneren Augenwinkels, der die Charaktere einer Encephalocele darbot, verbot jeden operativen Eingriff. Man begnügte sich mit einer Aetzung des Papilloms mittelst Chromsäure.

E. J. MOURE.

18) **O. Chiari. Neubildungen des Septum narium. (Des néoplasmes de la cloison des fosses nasales.)** *Rev. mens. de laryng. No. 3. März 1886.*

Ch. bemerkt zunächst, dass die Schleimpolypen der Nasenscheidewand selten

sind, dass Cloquet, Habermann, Zuckerkandl, Schaeffer und Jacquemart jedoch solche Fälle beobachtet haben. Er selbst berichtet einen Fall und erwähnt ferner einen Fall von maulbeerförmigen Papillomen, welche auf beiden Seiten des Septum nahe den Choanen sassen. Ausserdem veröffentlicht er in gleicher Weise einen Fall von Myxom und Myxofibrom. Die Sarcome sind sehr selten und er hat sie noch gar nicht gesehen.

Im Ganzen, bemerkt C., trifft man alle Arten der benignen Tumoren an der Nasenscheidenwand an.

Glücklicher als er, haben wir jüngst einen Fall von Sarcom sich auf Kosten der oberen Partie des Septums, welches es durchbohrt hatte, entwickeln sehen. Der Kranke wurde der Société de médecine von Bordeaux vorgestellt und im Krankenhause operirt. Wie werden auf den Fall später zurückkommen. E. J. MOURE.

19) **Alvarez. Untersuchungen über die pathologische Anatomie des Rhinoscleroms. (Recherches sur l'anatomie pathologique du rhinosclérome.)** *Archiv de physiol. 15. Februar 1886.*

Nach Alvarez würde es sich handeln um chronische Lymphangitis microbiotischer Natur mit Lymphectasie, Diapedese und Hyperplasie. Es sind dies die Ausdrücke, welche die Pathogenese und die pathologische Anatomie des Rhinoscleroms zusammenfassen. E. J. MOURE.

20) **A. Caréaga. Neuer Fall von Myiasis. (Nuevo caso de myiasis.)** *Gaz. méd. Méjico. XXI. 89—94. 1886.*

Nicht zugänglich. RED.

21) **T. K. Hamilton** (Laura, South-Australia). **Knochenstücke aus dem Inneren der Nase durch Rouge's Operation entfernt. (Portions of bone removed from the interior of the nose by Rouge's operation.)** *Australasian Medical Gazette. Februar 1886.*

Ein Fall von Ozaena [? Red.], in dem durch Rouge's Operation die Krankheit gehoben und vollständiges Aufhören des Ausflusses bewirkt wurde.

H. ist geneigt, die Taubheit, welche nach der Operation eher zu- als abnahm, dem fortgesetzten Gebrauch der vorderen Nasendouche zuzuschreiben.

A. E. GARROD.

22) **Verneuil. Epitheliom der Highmoreshöhle, übergehend auf die Speicheldrüse. Abtragung mit dem Thermocauter. Permanentes Offenhalten des pathologischen Herdes. (Epithélioma du sinus maxillaire propagé à la pituitaire. Ablation au thermo-cautère. Ouverture permanente du foyer pathologique.)** *Bulletin et mém. de la soc. de chir. de Paris. p. 661. 28. Juli 1886.*

Der Beginn des Epithelioms reicht zwei Jahre zurück. Als Verneuil die Kranke am 17. März 1886 sah, constatirte er einen Tumor von Hühnereigrösse, welcher die linke Nase verstopfte, ohne an der Haut zu adhäriren. Keine Deformationen, keine Drüsenschwellung, heftige Schmerzen. Auf Bitten der Patientin wurde der Tumor am 31. März mit dem Thermocauter entfernt, der Blutverlust war sehr gering, betrug vielleicht 60 Grm. Die Folgen der Operation waren ausgezeichnete. Am 30. Juli wurde eine ergänzende Operation gemacht, um die Epithelialbildungen an der Seite des Bodens der Augenhöhle und der Gegend des

Thränensacks zu exstirpiren. Die Wunde wurde beständig offen erhalten, um mögliche Recidive beständig beobachten zu können. Verneuil rechnet auf eine vollständige Heilung. E. J. MOURE.

23) **J. A. Thompson. Ein neues Instrument zur Erleuchtung der Nase. (A new nasal illuminator.)** *New-York Med. Record. 6. November 1886.*

Eine kleine Glühlampe ist an einer Metallröhre befestigt, welche in einem kurzen Radius in einem Winkel von 90° gekrümmt ist. Diese kleine Lampe wird gegen die Beschädigung durch die krampfhafte Contraction der Halsmuskeln durch ein Metallschild geschützt. Die Innenseite dieses Schildes ist polirt und dient als Reflector. Das Schild ist beweglich und kann so gedreht werden, dass es das Licht entweder auf das Orificium der Tuba Eustachii durch die Nase, oder auf die hintere Pharynxwand wirft, auch kann es, wenn es schmutzig geworden ist, behufs Reinigung oder Polirung isolirt entfernt werden. Die Röhre und die Lampe sind mit einem hohlen hölzernen Handgriff versehen, zur leichteren Manipulation und zur Verbindung der Lampe mit einer Batterie. Ein isolirter Draht in der Röhre, in Verbindung mit einer Metallplatte im Handgriff, bildet einen Theil des electrischen Kreises. Der Strom wird geschlossen durch die Lampe, die Röhre, an welche diese befestigt ist, eine Schraube und eine zweite Metallplatte innen in dem hohlen hölzernen Griff. Befindet sich die Lampe in dem Nasenrachenraum, und ist die Nase vorn durch ein gutes Speculum erweitert, so sieht man die Nasenhöhle glänzend erleuchtet und kann sie genau untersuchen, indem man der Lampe verschiedene Stellungen giebt. Wenn nicht eine starke Deviation des Septums, oder eine Hypertrophie der Schneider'schen Membran besteht, so kann man die Seiten- und Hinterwand des Nasenrachenraums deutlich durch den Meatus inferior sehen, indem man den Reflector dreht. LEFFERTS.

24) **R. Antoni. Modificationen am Rhinobyon. (Modificazioni al rhinobyon.)** *Bollettino delle malattie dell' orecchio etc. No. 6. 1886.*

Einige Verbesserungen an dem Instrument, über welches hier schon früher referirt wurde. Eine Abbildung illustrirt die Modificationen, die ohne solche nicht gut zu erklären sind. KURZ.

25) **E. J. Moure** (Bordeaux). **Nasencanüle. (Canule nasale.)** *Société de Méd. et de Chir. de Bordeaux. — Journal de Méd. de Bordeaux. 28. März 1886.*

M. zeigt eine im rechten Winkel gebogene Nasencanüle vor, die er seit mehreren Jahren zur Nasendouche benutzt und die es erlaubt, den Strom der eingespritzten Flüssigkeit direct nach hinten zu richten. AUTOREFERAT.

26) **P. Verdós. Miot's naso-pharyngealer Insufflator. (Insufflador naso-faringeo de Miot.)** *Gac. méd. catal. IX. p. 69. 1886.*

Nicht zugänglich. RED.

27) **S. Stein** (Moskau). **Ein verbesserter Pulverisator für Nase, Nasenrachenraum und Kehlkopf. (Ulutschenni pulverisator dlja nosa nosoglotoschnoi polosti i gortani.)** *Wratsch. No. 40. 1886.*

Mit diesem Pulverisator lassen sich, bei einer kleinen Modification desselben, auch Medicamente in Pulverform in die Nase etc. appliciren. Die Beschreibung

des Apparats würde hier zu viel Platz in Anspruch nehmen und deshalb glauben wir besser zu thun, wenn wir die Bezugsquelle desselben angeben. Zu beziehen ist er von der Firma „Rasumow und Schiller", Roschdestwenka Haus Firsanow in Moskau. LUNIN.

28) S. Solis Cohen. **Der poliklinische Nasentampon und Nasenwatte-Applicator. (The policlinic nasal tampon and nasal cotton applicator.)** *Polyclinic Philad. August 1886.*

Diese Instrumente sind zu klinischen Zwecken ersonnen und werden wegen ihrer Billigkeit und Einfachheit empfohlen. Das erstgenannte ist ein einfaches Stück Kupferdraht, welches in eine Schleife endet. An dieser ist der Faden, welcher den Tampon trägt, befestigt. Der letztere ist ebenfalls ein Stück Draht, um welches ein Stück Watte gewickelt ist. Da sich der Draht leicht krümmt, so bringt es keinen Schaden, wenn der Patient plötzlich seinen Kopf bewegt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

29) F. B. Eaton. **Einige verbesserte Formen von Brennern für die galvanocaustische Behandlung von Nasen- und postnasalen Hypertrophien. (Some improved forms of burners for the galvano-caustic treatment of nasal and postnasal hypertrophies.)** *New-York Medical Record. 28. August 1886.*

Zweck dieses Artikels ist, das Factum zu erklären, dass relativ wenige amerikanische Chirurgen den Galvanocauter bei Krankheiten der Nasenwege anwenden und ferner eine Art Batterie und vervollkommnete Brenner zu beschreiben, die allen Chirurgen zugänglich sind. Ersteres erklärt sich aus dem Umstande, dass die gebräuchlichen Batterien theuer, schwer zu handhaben und in Ordnung zu halten sind, dass sie ausserdem unnöthig gross und stark für den Gebrauch bei Nasenaffectionen sind.

E. empfiehlt besonders die Batterie von Carl Seiler aus Philadelphia, nur findet er die Griffe zu gross und zu plump.

Die meisten im Gebrauch befindlichen Brenner werden als Messer angewandt, um Incisionen zu machen. Wenn aber der Zweck aller Cauterisationen darin bestehen soll, breite Narben zu bilden, so erreicht man dies besser durch Versengen der Schleimhaut, als durch Schneiden.

E. beschreibt hierauf eine Reihe von Apparaten seiner eigenen Erfindung. Es sind dies 8 Stück. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

c. Mundrachenhöhle.

30) Alcina. **Die Pharyngoscopie als diagnostisches Element.** *An. de otol. y lar. No. 6. 1886.*

Nicht zugänglich. RED.

31) R. Boulart. **Notiz über die Pharynxtaschen der Bären. (Note sur les poches pharyngiennes des ours.)** *Journal d'anat. et phys. No. 6. p. 535. September 1885.*

Diese Notiz kann als eine Antwort an Alix betrachtet werden, welcher bei einem männlichen Tanzbären das Vorhandensein zweier Pharynxtaschen constatirt hatte, die zwischen dem Eingang des Oesophagus und der Basis cranii

gelegen waren. Er hatte sich dabei die Frage vorgelegt, ob diese Taschen bei anderen Bärenarten existirten, und ob man sie auch beim weiblichen Thier anträfe.

Boulart hat sie bei drei anderen Bärenarten gefunden, beim schwarzen (Ursus americanus), beim braunen (U. arctos.) und dem malayischen Bär (U. malayanus). Diese Taschen waren stets zu zweien vorhanden: eine grössere und eine kleinere. Sie fanden sich sowohl bei den weiblichen, als auch bei den männlichen Thieren. Sie fehlten aber bei zwei Fötus eines braunen Bären. Er glaubt daher, dass ihr Vorhandensein und ihre Entwicklung in Beziehung zum Alter des Thieres stände. Die Rolle dieser Taschen scheint ihm sehr unklar zu sein, er misst ihnen auch nur eine geringe Bedeutung bei. E. J. MOURE.

32) **Lecerf** (Valenciennes). **Pathologische Atresie der Mundöffnung. Cheiloplastik. (Atrésie accidentelle de l'orifice buccal. Cheiloplastic.)** *Bulletin méd. du Nord. No. 12. Dec. 1886.*

Es handelt sich um ein 13jähriges Kind, dessen Lippen zum grossen Theil durch Lupus zerstört waren. Die Narbe hatte die Mundöffnung stark verengt. L. machte auf jeder Seite eine Incision und zwar horizontal nur durch die Haut. An jedem Ende macht er zwei neue Incisionen vertical bis zu einem Punkt, wo die Unterlippe gemacht werden [illegible]. Die [illegible]löste Schleimhaut wurde sogleich nach aussen umgeschlagen. E. J. MOURE.

33) **Julien. Beitrag zum Studium der Stomatitis bei Masern. (Contribution à l'étude de la stomatite dans la rougeole.)** *Thèse. Paris, Juli 1886.*

Nicht zu erlangen. E. J. MOURE.

34) **Albarras. Epulis mit elfenbeinharter Transformation des Epithels des Zahnfleisches. (Epulis avec transformation adamantine de l'épithélium gingival.)** *Progrès méd. 6. März 1886. — Compte rendu de soc. anatom. de Paris. 8. Januar 1886.*

Verf. demonstrirt der Gesellschaft microscopische Präparate, welche seine Beobachtung bestätigen. Dieselben stammen aus der Abtheilung des Dr. Bron im Hospital Lariboisière. E. J. MOURE.

35) **Feuilletaud. Beitrag zum Studium der chirurgischen Behandlung der Tumoren des Bodens der Mundhöhle. (Contribution à l'étude du traitement chirurgical des tumeurs du plancher de la bouche.)** *Thèse. Paris, 18. März 1886.*

F. rühmt die Operation von Richet und kommt zu folgenden Schlüssen:

Zu den Präliminaroperationen der chirurgischen Behandlung des Krebses des Mundes, insbesondere der Carcinome des Bodens des Mundes muss man in erster Reihe diejenigen rechnen, welche der vorgängigen Resection des Unterkiefers dienen.

Diese Methode gestattet 1. die Radicalbeseitigung des Uebels viel besser als alle anderen. Sie erleichtert 2. die Blutstillung und macht die vorgängigen Ligaturen unnöthig.

Von diesem Gesichtspunkt aus muss man dem Verfahren von Richet den Vorzug geben, welches ausser den Vortheilen der Roux'schen Methode, von dem es abstammt, noch folgende weitere hat:

1. Indem er den Medianschnitt durch den Seitenschnitt ersetzt, vermeidet der Chirurg die Symphyse, die bisweilen wegen ihrer Härte schwer zu trennen ist.

2. Es vermeidet auch die Abtrennung der Muskeln mit allen ihren Consequenzen.

3. Der Schrägschnitt an Stelle des senkrechten gestattet eine genauere Coaptation der Fragmente und erleichtert die Naht.

4. Das Hinzufügen des horizontalen Schnitts parallel dem unteren Rand des Kiefers gestattet auch den Zugang zu dem Uebel, vergrössert das Operationsfeld und erlaubt auch, sich an Carcinome von grosser Ausdehnung zu wagen.

E. J. MOURE.

36) **Polaillon. Einige Betrachtungen über die grossen Abtragungen beim Krebs des Mundes, des Isthmus faucium und des Pharynx. (Quelques réflexions sur les larges ablations dans le cancer de la bouche, de l'isthme du gosier et du pharynx.)** *Gaz. méd. de Paris. 17., 24. u. 31. Juli 1886.*

Verneuil giebt nicht zu, dass die präventive Tracheotomie septische Pneumonien bei den grossen im Munde ausgeführten Operationen verhütet, aber er räth, die Gesichtswunde offen zu lassen, um eine leichte Asepsis zu gestatten. P. billigt nicht diese letztere Art zu verfahren, er glaubt vielmehr, dass man die Lappen vereinigen müsse, um eine Mundantisepsis zu erzielen. Er führt 20 von ihm ausgeführte Operationen an, wovon er bei 12 einen Erfolg, bei 7 Misserfolge hatte. Von den letzteren starb 1 an Syncope am Ende der Operation, 1 an primärer tödtlicher Blutung, 2 an secundären Blutungen, 2 an purulenter Infection und 1 an Lungenentzündung.

Nach einigen Betrachtungen über die von ihm behandelten Kranken kommt er zu folgenden Schlüssen:

1. Die Lungenentzündung bildet eine wirkliche Gefahr in diesen Fällen. 2. Die Hauptgefahr ist die Blutung. 3. Die Antisepsis des Mundes schützt den Kranken am besten vor der Lungenentzündung. 4. Die präventive Tracheotomie ist unerlässlich, wenn man Erstickung während der Operation fürchtet, aber sie scheint nicht gegen secundäre Pneumonie zu schützen. 5. Die Ligatur der Carotis externa gegen Blutungen während der grossen Operationen am Pharynx darf nur unter antiseptischen Cautelen und soll lieber an den Verzweigungen als an dem Stamm gemacht werden. Die Unterbindung muss eine doppelte sein und die zwischenliegenden Arterien sind ebenfalls nach Unterbindung zu durchschneiden.

E. J. MOURE.

37) **F. A. Purcell** (London). **Eine neue Methode zur Exstirpation der ganzen Zunge mittelst des galvanocaustischen (oder einfachen) Ecraseurs und der Scheere. (A new method of removal of the entire tongue by means of the galvanic [or simple] ecraseur and scissors.)** *Lancet. 18. Sept. 1886.*

Die Operation, welche von P. die supra-hyo-glosso-epiglottische genannt wird, wird wie folgt ausgeführt:

Nachdem der Patient narcotisirt ist, wird ein ca. $^3/_4$ Ctm. langer Schnitt längs der Mittellinie des Halses vom Zungenbein vorwärts durch die Dicke der Haut gemacht. Eine starke Seidenligatur wird hierauf durch die Raphe der Zunge,

3 Ctm. von seiner Spitze entfernt, hindurchgeführt. Alsdann führt man einen Mundsperrer in den Mund und den linken Zeigefinger auf den Grund der Zungenkehldeckeltasche. Es kann in diesem Stadium nothwendig sein, den Musc. palatoglossus und styloglossus zu durchschneiden. Hierauf wird Wood's Bruchnadel an einem Nadelhalter mit starker Seidenligatur oder mit Draht, wenn der Galvanocauter in Anwendung kommen soll, eingefädelt. Indem man die Nadel horizontal mit ihrer Concavität nach oben hält, führt man ihre Spitze in die Wunde oberhalb des Zungenbeins, gerade über letzterem ein und durch die Raphe des Mylo- und Geniohyoideus und die unteren Fasern des Hyoglossus hindurch nach der rechten Seite. Die Nadelspitze wird dann in der rechten Zungenkehldeckeltasche oberhalb des grossen Zungenbeinhorns gefühlt. Sobald die Nadel hindurchgekommen ist, wird die Faden- oder Drahtschlinge mit dem Finger durch den Mund des Patienten herausgezogen.

Dasselbe wird auf der anderen Seite wiederholt. indem man die Hände wechselt. In jede Schlinge wird dann ein Platindraht eingefädelt und soweit hervorgezogen, bis die Enden des Platindrahts aus der Incision über dem Zungenbein herauskommen. Der Draht wird nunmehr als Schlinge geformt und bleibt auf der Zungenbasis liegen.

Die Nadel wird wiederum in senkrechter Richtung durch die Mitte der Zungenbasis ein- und vor der Epiglottis ausgeführt. Ihre Spitze wird mit einem Stück Kork geschützt und dient als Leiter für den Draht. Hierauf wird der Draht an den Ecraseur befestigt und fest angezogen. Dadurch wird die Zunge in verticaler Richtung an ihrer Wurzel durchtrennt. Die Führungsnadel wird alsdann zurückgezogen, die Zunge wird mit einer Scheere von den übrigen Anheftungsstellen abgetrennt und durch den Mund herausgenommen. Gewöhnlich tritt keine Blutung ein. Wenn dies jedoch der Fall sein sollte, so wird sie durch das Aufdrücken eines Stücks Schwammes, dem Draht folgend, gestillt.

Wenn die Zungenarterien spritzen, so werden sie gefasst und unterbunden. P. erklärt auch, wie man diese Operation modificiren muss, um die halbe Zunge zu entfernen.

Er berichtet über fünf Fälle, wo die Operation mit günstigem Erfolge ausgeführt wurde. A. E. GARROD.

38) **Verneuil. Epitheliom der Zunge. (Epithélioma de la langue.)** *Société de chirurg. 24. Sept. 1886.*

V. empfiehlt, grosse gesunde Partien zu opfern, um Recidive zu verhüten; er räth auch einen Theil des Kiefers fortzunehmen. Bouilly bemerkt, dass die grossen Opfer keinen Einfluss auf die Recidive in den Drüsen haben, welche in diesen Fällen so oft eintreten. Marc Sée und Polaillon unterstützen die Ansicht von Verneuil. E. J. MOURE.

39) **Baarz** (Graz). **Beobachtungen über die beim k. k. Quecksilberbergwerke Idria vorkommenden Erkrankungen an Mercurialismus.** *Wiener med. Presse. No. 22, 23, 24, 27, 29, 30, 31, 34 u. 35. 1886.*

Die Hauptursache der Erkrankungen ist der längere Aufenthalt in den Hütten, wo bei dem Gewinnungsverfahren Hg in Dampfform frei wird. Dieses Hg kommt

in den Mund, legt sich an die Schleimhaut an und bildet mit den Körperflüssigkeiten Sublimat, welch' letzteres die Schleimhaut anätzt und dadurch die Stomatitis mercurialis und Stomakake und endlich Gastroenteritis chronica verursacht; im weiteren Verlaufe kommt es zum Erethismus und der Cachexia. Fast immer tritt die Stomatitis zuerst auf; ihre Behandlung besteht in Reinhaltung des Mundes durch Mundwasser und Aufenthalt in guter Luft; Jodkali nutzt nichts. Die Stomakake wird ähnlich behandelt. Die weiteren Ausführungen betreffen die Cachexie und den Erethismus. CHIARI.

40) **Julius Sommerbrodt** (Breslau). **Ueber im Pharynx localisirte Hydrargyrose.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 47. S. 811. 1886.*

S. bestätigt die Angaben Schumacher's (cf. Centralbl. 1886, No. 6, S. 222), indem er einen von ihm bereits im Jahre 1879 beobachteten und als „Epiglottitis et Pharyngitis mercurialis" notirten Fall anführt, in welchem die betreffenden Erscheinungen sich bei einem Bademeister fanden, der, ohne selbst syphilitisch zu sein, sich eine Quecksilberintoxication dadurch zugezogen hatte, dass er bei Anderen die Schmierkur ausführte. Die kleinen, rundlichen und ovalen, flachen, weissen, scharf umschriebenen Auflagerungen wurden vom Verf. auch in einer Gegend beobachtet, deren Freibleiben Schumacher hervorhebt, nämlich am tiefsten Abschnitt der hinteren Pharynxwand. Auch Verf. hebt die diagnostische Bedeutung dieser Erscheinungen als frühestes Symptom des Mercurialismus hervor.

B. FRAENKEL.

41) **E. Bull** (Christiania). **Lupus pharyngis. Pharynxtuberculosis.** *Klinisk Aarbog. III. p. 70. 1886.*

B. theilt einen Fall von Lupus pharyngis bei einem 23jährigen, während der Kindheit sehr scrophulösen Mädchen mit. Es war Lupus der Nase vorhanden. Am Ende des Jahres 1885 Trockenheit und Schmerzen im Halse. Eine Ulceration von der Grösse einer Mandel wurde an der hinteren Wand des Pharynx gefunden. Die Ulceration war theilweise von dem weichen Gaumen verdeckt, auf ihr fanden sich röthliche Granulationen.

In einem von dem Rande der Wunde ausgeschnittenen Stück wurden Myeloplaxen mit randgestellten Kernen gefunden. Tuberkelbacillen gleichende Formationen (stabförmige Bacillen) wurden ebenfalls gesehen, ohne dass es ganz sichergestellt wurde, dass dieselben wahre Tuberkelbacillen waren.

Die Lupusgeschwüre im Schlunde und in der Nase wurden nach Pinselungen mit 80procentiger Milchsäure geheilt. B. fasst den Lupus pharyngis als eine weniger bösartige Form der Pharynxtuberculose auf. SCHMIEGELOW.

42) **Hering** (Warschau). **Nervöse Störungen, die bisweilen Pharynxaffectionen begleiten. (Des troubles nerveux qui compliquent parfois les affections du pharynx.)** *Revue mens. de laryng., otol. etc. April 1886.*

Nach dem Vorgang von Hack berichtet H. einen Fall von quälendem Husten in Folge einer Pharyngitis lateralis, bei dem die Berührung der Schwellungen den Husten auslöste. Als die Pharyngitis geheilt war, kam Alles wieder in Ordnung. Der zweite Fall betraf einen Kranken, welcher an Pharyngitis granulosa litt; der dritte hatte eine leichte Tonsillarhypertrophie. H. berichtet zum Schluss eine

Beobachtung, wo ein Kranker in Folge von galvanocaustischer Behandlung des Pharynx heftige Rückenschmerzen hatte. E. J. MOURE.

43) **Labastide. Paralyse des Pharynx; Ernährung mittelst Pepton. (Paralyse du pharynx; alimentation par la peptone.)** *Gaz. hebd. de méd. de Bordeaux. p. 526. 1885.*

Es handelt sich um einen Reclameartikel für das Pepton eines Industriellen. E. J. MOURE.

44) **W. E. Casselberry. Pharynx- und Nasenchirurgie mittelst des Galvanocauters nebst Bericht über einige Fälle. (Pharyngeal and nasal surgery by the galvanocautery with a report of cases.)** Separatabdruck. (Woraus — ist nicht angegeben. Red.).

Der Titel der Arbeit zeigt ihren Inhalt an. Die ausführlich mitgetheilten Fälle — 4 an der Zahl — erläutern, wie der Autor behauptet, die Vortheile des Gebrauchs des Galvanocauters. Der dritte Fall ist ungewöhnlich: eine Missbildung der vorderen Gaumenbögen. Sie nehmen den richtigen Ausgang, wachsen jedoch in die Breite und bedecken dadurch nicht nur den vorderen Rand jeder Tonsille, sondern auch einen grossen Theil der Innenfläche. Während ferner nur ein Theil der Falte den normalen Weg vorwärts zur Seite der Zunge geht, zieht der grössere Theil rückwärts und verbindet sich mit dem hinteren Bogen, indem er ein dickes Band bildet, welches sich abwärts in den seitlichen und hinteren Winkel des tiefsten Theils des Pharynx fortsetzt. Die Behandlung besteht in Excision des hervorragenden Theils jeder Tonsille zugleich mit dem sie bedeckenden Stück des vorderen Bogens mittelst des galvanocaustischen Ecraseurs, indem man gleichzeitig die Anheftungsstellen der vorderen Bögen an die Pharynxwand so tief als möglich ablöst. LEFFERTS.

45) **Seifert. Demonstration eines neuen Zungenspatels.** Aus den Sitzungsberichten der Würzburger physik.-med. Gesellschaft. Mai 1886.

Das betreffende Instrument trägt an seinem Ende ein kleines Glühlämpchen, vermöge dessen die Beleuchtung der Mundrachenhöhle in ziemlich intensiver Weise stattfindet. SCHECH.

d. Diphtheritis und Croup.

46) **Bouchut. Die Bougirung des Kehlkopfs. (Du tubage du larynx.)** *Gaz. des hôp. 30. Sept. 1886.*

Es handelt sich um einen kritischen Artikel über die Beobachtungen von Waxham über diesen Gegenstand, bei welcher Gelegenheit mit Recht die Priorität für die Idee der Bougirung für B. in Anspruch genommen wird. Im Jahre 1857 schon rühmte der Letztere diesen Behandlungsmodus beim Croup. Diese Idee wurde lange Zeit verlassen, bis sie jenseits des Oceans mit Erfolg wieder aufgenommen wurde. E. J. MOURE.

47) **W. P. Northrup. Larynxdiphtherie. Catheterismus und pathologische Anatomie. Bericht über 165 Fälle. (Laryngeal diphtheria. Intubation and pathological anatomy. Report on 165 cases.)** *New-York Med. Record. 11. December 1886.*

Der Autor deutet zunächst gegenüber O'Dwyer aus New-York die Geschichte des Catheterismus an, den wohlbekannten Streit zwischen Bouchut auf der einen und Trousseau und der ärztlichen Welt von Paris auf der anderen Seite. Er legt Werth darauf, die allgemeine Ausführbarkeit dessen zu erweisen, was Bouchut nahe daran war zu vollbringen. Gegenstand der gegenwärtigen Arbeit ist, die practischen Wirkungen der neuen Erfindung behufs Beseitigung der Dyspnoe bei Larynxdiphtherie zu zeigen und die Sectionsberichte zu erforschen, um zu zeigen, welcher Natur diese Krankheit ist, die die Tracheotomie und der Catheterismus zu heilen berufen sind. Uebergehend zu des Autors sorgfältiger Analyse von 87 Fällen von Larynxdiphtherie und den verschiedenen Todesursachen, erhalten wir einen gut geschriebenen, interessanten, zuweilen dramatischen Bericht über die Details der Operation des Catheterismus, welchen alle diejenigen, welche berufen sind, diese Operation auszuführen, lesen und dessen Directiven sorgfältig befolgen sollten. Da sie practisch und offenbar aus der Erfahrung geschöpft sind, so sind sie auch von Nutzen.

Die Schwierigkeiten beim Entfernen der intralaryngealen Sonde, und die Gefahren, d. h. das Hinabgleiten der Sonde in die Trachea, welche von mehr als einem Autor erwähnt werden, werden hier besprochen, und es wird gezeigt, dass sie gar nicht vorhanden sind. Der Autor giebt nunmehr seine eigenen Resultate mit dieser Operation, zugleich mit denen von O'Dwyer, Dillon, Waxham, Hance und Jennings. (Alle diese Fälle sind bereits nebst ihren Resultaten im Centralblatt auszugsweise veröffentlicht worden. Ref.) Er schliesst seine ausführliche und interessante Arbeit mit folgender Abschätzung der Vortheile und Nachtheile des Catheterismus, je nach ihrer Bedeutung.

Der Catheterismus bessert die durch Larynxstenose bewirkte Dyspnoe.

Er trifft auf keinen Widerstand seitens der Eltern und Freunde.

Die Operation ist relativ einfach und frei von Gefahr und Shock.

Man braucht kein Anaestheticum und keine geschulten Assistenten.

Man setzt keine frische Wunde.

Die Ueberwachung des Falles erfordert keinen geschulten Wärter.

Die eingeathmete Luft gelangt feucht und warm in die Lungen.

Er schliesst die Tracheotomie nicht aus und die Sonde ist als Führer, auf welchen eingeschnitten werden kann, zweckmässig.

Der Catheterismus hat einen erheblichen Fehler, der von Allen bezeugt wird. Er behindert und stört bisweilen das Schlucken von Flüssigkeiten.

Es mag noch hinzugefügt werden, dass die ganze Zahl der bisher berichteten Fälle zeigt, dass $28\frac{1}{2}$ pCt. Heilungen auf diese Weise erzielt wurden. Um den Nutzen der Operation richtig abzuschätzen, muss man sich erinnern, dass sie neu ist, und dass ihre Befürworter immer mehr Erfahrungen sammeln, die sie in späteren Berichten mittheilen werden. LEFFERTS.

48) Eloy. **Die Behandlung der Asphyxie beim Croup durch die Methode von O'Dwyer und die Bougirung des Larynx in Amerika. (Le traitement de l'asphyxie dans le croup par la méthode O'Dwyer et le tubage du larynx en Amérique.)** *Union méd. 30. Oct. 1886.*

Kritische Besprechung der über diesen Gegenstand in Amerika erschienenen Arbeiten, worin der Verfasser die Priorität der Idee der Bougirung für unseren Landsmann Bouchut in Anspruch nimmt. Letzterer hat in der That schon seit langer Zeit diese Behandlungsmethode des Croup gerühmt. E. J. MOURE.

49) Homer O. Bates. **Catheterismus des Larynx wegen diphtheritischen Croups bei einem 9monatlichen Kinde. Heilung. (Intubation of the larynx for diphtheritic croup in a child nine months old. Recovery.)** *New-York Med. Record. 18. December 1886.*

Der Titel zeigt den ganzen Inhalt an. LEFFERTS.

50) Donners (Antwerpen). **10 Tracheotomien bei Larynxcroup mit 7 Heilungen. (Dix trachéotomies pour cas de croup laryngé. Sept Guérisons.)** *Annales de la Société de Médecine d'Anvers. Juin 1886.*

Die günstigen Erfolge, welche trotz der zum Theil schweren Fälle erzielt wurden, können nicht genug zur Vornahme der Tracheotomie in jedem Stadium auffordern. BAYER.

51) Descroizilles (Paris). **Ueber einen operirten und geheilten Fall von Croup nebst einigen Betrachtungen über die durch beschleunigtes Verfahren ausgeführte Tracheotomie. (D'un cas de croup opéré et guéri, suivi de quelques réflexions sur la trachéotomie pratiquée par les procédés rapides.)** *France méd. 18. December 1886.*

Bei Gelegenheit eines bei einem 6jährigen Kinde beobachteten Falles glaubt D. die Tracheotomie durch das beschleunigte Verfahren von St. Germain rühmen zu müssen, an dessen weise Vorschriften in diesen Fällen er erinnert. D. zieht es jedes Mal vor, anstatt in einem Tempo zu operiren, zwei Incisionen zu machen, da er dieses Vorgehen für zweckmässiger hält. E. J. MOURE.

52) L. L. Palmer. **Tracheotomie bei Larynxdiphtherie. (Tracheotomy in laryngeal diphtheria.)** *Canadian Practitioner. December 1886.*

In einer gut geschriebenen Arbeit betont P. eindringlich die Nothwendigkeit der Operation, indem er meint, es könne nicht länger mehr die Frage gestellt werden, ob wir, sondern nur wann wir operiren sollen, und welches die Indicationen hierfür seien. Die letzteren Punkte bespricht er ausführlich, und seine Argumente werden wohl allgemeinen Anklang finden. LEFFERTS.

53) G. Gevaert (Brüssel). **Fälle von genuinem diphtheritischen Croup; Tracheotomie; Diphtherie der Wunde. Heilung. (Croups diphthéritiques d'emblée; trachéotomie; diphthérie de la plaie. Guérison.)** *Journal de Médecine de Chir. et de Pharmacol. Déc. 1886.*

Der Autor ist geneigt, den günstigen Ausgang seiner beiden mitgetheilten Fälle einer Bestäubung der diphtheritisch gewordenen Wundfläche mit einer Tanninlösung (Tannin 8, Glycerini 9.0 ad Aq. dest. 200) zuzuschreiben. Das Uebrige besagt der Titel. BAYER.

54) **A. M. Supper. Einige Fälle von Tracheotomie bei diphtheritischem Croup. (Cases of tracheotomy in diphtheritic croup.)** *Boston Med. and Surgical Journal. 22. Juli 1886.*

Verf. berichtet fünf Fälle, von denen zwei genasen.

Alle waren diphtheritischer Natur. Es wird dies durch die Existenz von Pseudomembranen im Schlund und durch das Vorhandensein von Diphtherie in der Nachbarschaft bewiesen. In dem einen Falle wurde die Canüle 44 Tage getragen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

55) **Georg Buchanan (Glasgow). Tracheotomie bei croupöser Diphtherie. (Tracheotomy in croupous diphtheria.)** *Lancet. 20. November 1886.*

B. berichtet einen Fall, welcher alle die Punkte illustrirt, auf welche er in seiner auf dem internationalen medicinischen Congress 1881 verlesenen Abhandlung Nachdruck legt. (Trans. vol. IV, p. 207.)

Ein kleines, $2^1/_2$jähriges Mädchen, welches seit 8 Tagen unwohl war, wurde plötzlich von croupösem Husten befallen. An demselben Abend sah man diphtherische Beläge auf den Tonsillen und am folgenden Morgen wurde B. geholt. Als er ankam, war das Kind schwach, unruhig und fieberhaft. Es bestand eine beträchtliche Einziehung der Weichtheile; Rasseln wurde auf der Brust nicht gehört.

Die Tracheotomie wurde in der Narcose gemacht. Etwas oberhalb der Incisura sternalis, gerade in der Mittellinie, wurde eine ca. 6 Ctm. lange Incision gemacht. Der Schnitt wurde so oft wiederholt, bis die Trachearinge zu Gesicht kamen. Der Isthmus der Schilddrüse und eine grosse Vene wurden durch einen stumpfen Haken gehalten. B. betont die Wichtigkeit, die Trachea nicht zu eröffnen, bevor jede Blutung gestillt ist. Hierauf incidirte er die Trachea von oben nach unten, indem er die darüber liegenden Gebilde zur Seite hielt. Alsdann wurde eine Pincette eingeführt und, nachdem eine Menge Schleim und Pseudomembran ausgeworfen worden war, trat sofort Erleichterung ein. Das Kind wurde zu fernerem Husten gereizt, indem man die Trachea hinten mit einer Sonde berührte. Nach einigen Minuten wurde eine einfache Silbercanüle eingelegt. Die Natur des Secrets ist von grosser Bedeutung für die Prognose, da ein viscides Secret geneigt ist, die Canüle zu verstopfen.

Es wurde eine nahrhafte Diät, Suppe und Milch verordnet, das Zimmer wurde gut gelüftet, ein Feuer brennend erhalten, das Fenster wurde von Zeit zu Zeit geöffnet.

B. ist gegen den Gebrauch der Dampfkessel und Zelte. Er zieht es vor, zur Milderung der Secretion über die Oeffnung der Canüle ein Stück Schwamm in heissem Wasser ausgerungen zu legen und zur Entfernung eines Schleimpfropfes eine in warmes Wasser getauchte Feder zu gebrauchen.

Pfeifen in der Canüle hält er für ein sehr schlechtes Zeichen, da es Zähigkeit des Secrets und Ausbreitung der Entzündung anzeigt.

Die besprochene Patientin besserte sich sehr schnell. Die Canüle wurde nach 8 Tagen entfernt. A. E. GARROD.

56) **Mc Faeham. Die chirurgische Behandlung der Diphtherie. (The surgical treatment of diphtheria.)** *Medical News. Philadelphia, 10. Juli 1886.*

Der Punkt, auf welchen F. die Discussion richten will, betrifft die Zweckmässigkeit der Tracheotomie bei dieser Krankheit. Er glaubt, dass der diphtheritische und der membranöse Croup zwei gesonderte Krankheiten bilden. Bei letzterem sollte die Tracheotomie gemacht werden, sobald es nöthig ist, die Larynxstenose zu heben; bei ersterem ist die Zweckmässigkeit der Operation zweifelhaft. Er hatte in zwölf Fällen operirt. Davon waren drei membranöser Croup, von denen zwei genasen; neun waren diphtheritisch und diese starben sämmtlich. In den über diese Operation angestellten Statistiken seien diese Krankheiten nicht unterschieden worden. Bei der Diphtherie tritt die Exsudation gern an jedem Punkt auf, wo ein Reiz stattfindet. Daher wird sie sich auch wahrscheinlich in der Trachea an dem Punkt bilden, welcher durch das untere Ende der Canüle gereizt wird und sich abwärts ausbreiten. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

57) **Jas. Beel. Tracheotomie bei membranöser Laryngitis. (Tracheotomy in membranous laryngitis.)** *Canadian Practitioner. Toronto, September 1886.*

B. empfiehlt, die Canüle bei der Nachbehandlung der Tracheotomie fortzulassen, an deren Stelle er ein Instrument erfunden hat, welches, wie er glaubt, alle Einwände gegen die Canüle beseitigt. Es besteht aus einem Paar Retractoren, welche die Ränder der Trachea fassen und sie getrennt halten; dieselben werden in ihrer Stellung durch ein um den Hals gehendes Band gehalten. Nach der Operation verstopft er die Trachea und den Larynx oberhalb der Wunde mit antiseptischem Schwamm, welcher das Secret absorbirt und die Membran localisiren hilft. Ueber die Wunde legt er ein Stück Gaze. Bisweilen applicirt er Vaselin in der Trachea. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

58) **Lennander** (Stockholm). **Tracheotomie mit dem Paquelin'schen Thermocauter. (Tracheotomie med Pacquelin's Thermokauter.)** *Svenska Läkaresällskapets Förhandlinger. p. 137. Hygiea. 1886.*

Verf. hat 11 Kinder wegen laryngealer und trachealer Diphtheritis mittels des Thermocauters tracheotomirt. Von diesen sind 5 geheilt, 6 gestorben. In allen 11 Operationen war die Operation unblutig und leicht vorzunehmen. SCHMIEGELOW.

59) **George Shirres** (Aberdeen). **Das Einblasen von Jodoform in die Trachea nach der Tracheotomie bei Diphtherie. (The insufflation of jodoform into the trachea after tracheotomy for diphtheria.)** *Lancet. 24. Juli 1886.*

S. empfiehlt das Einblasen von 0,5—0,75 Grm. Jodoform 4stündlich in die Trachea nach der Tracheotomie bei Diphtherie und glaubt, dass das Jodoform wahrscheinlich die Bildung von Membranen unterhalb der Canüle verhindern werde. Er giebt einen Bericht über zwei Fälle, wo dieses Verfahren mit günstigem Erfolg eingeschlagen worden war. Die Einblasungen wurden zwei oder drei Tage nach der Tracheotomie eingestellt. A. E. GARROD.

60) **Herbert Habershon** (London). **Die Nachbehandlung der Tracheotomie. (The after-treatment of tracheotomy.)** *St. Bartholomew's Hospital Reports. Vol. XXI. p. 79. London, 1885.*

H. empfiehlt, speciell in Fällen von Diphtheritis, in denen die Tracheotomie vorgenommen worden ist, die Patienten (besonders Kinder) mittelst eines durch die Nase in den Magen eingeführten weichen Schlauches zu ernähren, um Schluckpneumonie etc. zu vermeiden. Fünf ausführlich mitgetheilte Krankengeschichten illustriren den Nutzen der Methode. SEMON.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

61) **Wertheimer. Ueber die Athmungscentren des Rückenmarks. (Sur les centres respiratoires de la moëlle épinière.)** *France méd. 16. März 1886.*

W. schliesst, nachdem er an 30 Hunden experimentirt hat, dass in dem Rückenmark Centren existiren, von denen die einen der Inspiration, die anderen der Exspiration vorstehen. Die Wiederkehr der spontanen Respiration selbst während der Lungenaufblasung zeigt, dass das Rückenmark, sich selbst überlassen, den Exspirationsmuskeln rhythmische Impulse giebt, ohne durch irgend welchen Reiz dazu veranlasst zu sein. Man sieht es noch mehr bei den Respirationsbewegungen, wenn der Bulbus nicht mehr seinen Einfluss ausübt, dass er mässigend und regulirend auf die Rückenmarkscentren einwirkt. E. J. MOURE.

62) **Livon. Wirkung der Exstirpation des Accessorius auf die moderirende Thätigkeit des Vagus. (Effets de l'arrachement du spinal sur l'action modératrice du pneumogastrique.)** *Marseille méd. No. 4. 30. April 1886.*

L. setzt zuerst die operative Technik auseinander und erinnert dann daran, dass die Exstirpation des Accessorius die moderirende Thätigkeit des entsprechenden Vagus vernichtet (Schiff, Heidenhain, Darkschewitsch und François Frank). Zwei Zeichnungen begleiten diese Notiz. E. J. MOURE.

63) **Gustav Passavant** (Frankfurt a. M.). **Wie kommt der Verschluss des Kehlkopfs des Menschen beim Schlucken zu Stande?** *Virchow's Archiv. Bd. 104. S. 444.*

Verf. fasst seine Beobachtung in Folgendem kurz zusammen: Hebung des Kehlkopfs bis zum Zungenbein, welches letztere ebenfalls etwas gehoben wird; dadurch entsteht Zusammendrückung des Fettpolsters in der Richtung von oben nach unten, sodass dieses den Kehldeckel nach dem oberen Kehlkopfraum zu niederdrückt; die ary-epiglottischen Falten legen sich an die Hinterseite des Kehldeckels an; gleichzeitige Verengerung des oberen Kehlkopfraums bis zur Berührung der Stimm- und Taschenbänder, sowie Zusammentreten der Giesskannenknorpel; Vorziehen des Zungenbeins und des Kehlkopfs unter die Zunge. Umbiegen der Zungenwurzel nach unten und vorne, sodass der Kehldeckel in die nach vorne verzogenen Zungen-Kehldeckelgruben unter die Zunge zu liegen kommt; Andrücken des Fettpolsters gegen die Zungenwurzel, wodurch das Fettpolster mit dem Kehldeckel wie ein Charnierstopfen bis auf den Boden des oberen Kehlkopfraums eingetrieben wird. B. FRAENKEL.

64) **Piltau. Studie über die Physiologie der Athmung bei Sängern. (Etude sur la physiologie de la respiration des chanteurs.)** *Académie des sciences. Union méd. 27. September 1886.*

P. vergleicht den subchordalen Druck mit dem einer Orgel und meint: 1. dass dieser Druck nicht 0,01 Ctm. erreicht; 2. dass die Höhe der Töne nicht durch eine grössere Athemanstrengung erhalten wird, so dass der Sänger seine Stimme ohne Anstrengung und Ermüdung ertönen lassen kann. Eine schöne Stimme ist das Resultat eines vollkommenen Gleichgewichts zwischen einem schwachen Druck unterhalb der Glottis und der passiven Spannung der Stimmbänder im Augenblick der Exspiration. E. J. MOURE.

65) **Riant. Hygiene des Redners. (Hygiène de l'orateur.)** Paris. J. B. Baillière et fils. 1886.

Es sind einfache hygienische Rathschläge über die Vorsicht, die der Redner beobachten muss, über die Art, wie er sprechen und artikuliren soll, über die Disposition des Themas, über welches man spricht etc. Im Ganzen nichts Neues. Ein Buch für das Publicum, nicht für den Arzt. E. J. MOURE.

66) **Reimann** (Neumünster in Holstein). **Zwei Fragen aus dem Gebiet der Sprachanomalien.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 51. S. 884. 1886.*

Theoretische Betrachtung über die Fragen: 1. weshalb das Stottern beim weiblichen Geschlecht seltener vorkommt und 2. weshalb die Stotterer am Morgen stärker stottern, als im weiteren Verlauf des Tages. Die erste Frage erklärt Verf. dadurch, dass in Folge der Erziehung und der Ausbildung beider Hände die motorischen Centra der linken Hirnrinde beim weiblichen Geschlecht vor den Centren der rechten in geringerem Maasse bevorzugt seien, als beim Manne. Die Erklärung der zweiten Frage findet Verf. in Veränderungen der cerebralen Blutfülle der Hirnrinde. B. FRAENKEL.

67) **Charcot. Ein Fall von hysterischer Stummheit beim Menschen. (Cas de mutisme hystérique chez l'homme.)** *Progrès méd. 13. September 1886.*

Der Kranke ist nicht nur aphonisch, er ist wirklich stumm. Die Heilung ist die Regel, die Zeit unbestimmt. Der Kranke kann schreiben, aber nicht sprechen; man findet dabei die anderen Symptome der Hysterie. E. J. MOURE.

68) **A. Bassols Prim. Betrachtungen über die Stimme. (Consideraciones sobre la voz.)** *Gac. med. catalan. p. 391, 417, 449, 488, 519. 1886.*

69) **Roquer Casadesus. Veränderungen in der Beweglichkeit des Kehlkopfs; kurze Uebersicht seiner Muskeln; Kehlkopflähmungen. (Trastornos en la motilidad de la laringe; breve resena de sus músculos; paralisis laringeas.)** *Rev. de laringol., otol. y rinol. II. p. 25—30. Barcelona, 1886/87.*

70) **C. M. Desvernine. Ueber die paradoxe Contraction Westphal's bei der Laryngodynamik. (De la contraccion paradoxal de Westphal en laringodinamica.)** *Crón. med.-quir. de la Habana. XII. p. 203—207. 1886.*

Nicht zugänglich. RED.

71) **Carl Heinemann** (Vera Cruz). **Ueber Malariakrankheiten etc. und Bemerkungen zur Aetiologie des Spasmus glottidis.** *Virchow's Archiv. 102. S. 467.*

Anscheinend weil er überhaupt wieder einmal zur Feder gegriffen hat, bringt Verf. am Schlusse einer ausführlichen Arbeit über Malaria in Mexiko eine von ihm im Jahre 1862 veröffentlichte Notiz in Erinnerung. Verf. hat darin nach Experimenten an Fröschen festgestellt, dass von den Magen- und Darmverzweigungen des Bauchsympathicus auch die zur Stimmlade tretenden Vagusäste reflectorisch erregt werden, und man auf diese Weise Schluss der Stimmritze und zuweilen Erweiterung beobachten könne. B. FRAENKEL.

72) **Gläser** (Hamburg). **Tracheotomie, prophylactisch bei Spasmus glottidis. Aus dem Hamburger Allgem. Krankenhause.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 16. S. 270. 1886.*

Bei einem 1 Jahr alten Kinde, das an Spasmus glottidis litt und Tussis convulsiva bekommen hatte, wurde wegen das Leben bedrohender Anfälle die Tracheotomie gemacht. Seitdem sistirten die Anfälle und die Canüle konnte schon nach 14 Tagen entfernt werden. B. FRAENKEL.

73) **Vincent D. Harris** (London). **Ueber paroxysmenartigen Husten und dessen Behandlung. (On paroxysmal coughs and their treatment.)** *Practitioner. Febr. 1886.*

Die Arbeit beginnt mit einer Besprechung der Physiologie des Reflexhustens und der Natur der dadurch hervorgebrachten Töne. Die Zustände, in welchen H. am häufigsten den Reflexhusten angetroffen hat, sind:

1. Chronischer Bronchialcatarrh in besonderen Fällen;
2. acuter Catarrh der Luftwege und andere Entzündungen des Larynx, der Tonsillen, des Pharynx etc.;
3. Druck auf die Trachea, die Bronchen oder die Lunge;
4. Keuchhusten;
5. Druck auf den Nerv. recurrens oder den Stamm des Vagus.

H. bespricht hierauf diese verschiedenen Affectionen und diejenigen Mittel, welche sich ihm bei der Behandlung am wirksamsten erwiesen haben.

A. E. GARROD.

74) **Viura y Carreras. Plötzlicher Tod beim Keuchhusten. (Muerte subita en la coqueluche.)** *Gac. med. catalan. IX. p. 13—15. Barcelona, 1886.*

Nicht zugänglich. RED.

75) **Arcari. Ein Fall von Paralyse im Gebiet des Accessorius Willisii. (Un caso di paralisi nel distretto del nervo accessorio di Willis.)** *Gazetta degli Ospitali. No. 22. 1886.*

Ein 7jähriger Knabe erlitt durch einen Fall in Glasscherben eine tiefe Schnittwunde auf der rechten Seite des Gesichts und Halses. Man sah neben anderen schweren Verletzungen den äusseren Ast des Accessorius getrennt. Ein Jahr nach der Vereinigung und Heilung der Wunde beobachtete man fehlerhafte Haltung der rechten Scapula, Atrophie des Sternocleidomastoideus und Trapezius dexter. Weder von Seiten des Pharynx noch des Larynx irgend welche Erscheinung, da ja nur der innere Ast des Accessorius Fasern zum Vagus sendet. In

dem von Seeligmüller (Archiv für Psychologie und Nervenkrankheiten) beschriebenen Fall von totaler Lähmung beider Accessorii hatte die Lähmung wegen der Betheiligung der zum Vagus abzweigenden Fasern Unbeweglichkeit der Stimmbänder, Husten, Heiserkeit und Schlingbeschwerden zur Folge.

KURZ.

76) J. Smyth (Madras). **Ein Fall von Lähmung der Stimmbänder durch den Druck geschwollener Bronchialdrüsen. (A case of paralysis of the vocal cords from pressure of enlarged bronchial glands.)** *Indian Medical Gazette. Oct. 1886.*

Der Fall betraf einen 35jährigen Hindu, welcher vor sechs Jahren an leichter Regurgitation von Flüssigkeiten und brennendem Gefühl beim Schlucken auf der rechten Seite der Brust und an Oedem der unteren Extremitäten gelitten hatte.

Vor vier Jahren hatte er Fieber und Husten mit reichlichem schleimig-eitrigen Auswurf. Der Husten kehrte vor einigen Monaten wieder; dazu gesellte sich Dyspnoe, krächzende Stimme und Abmagerung. Syphilis war nie vorhanden.

Bei der Aufnahme ins Krankenhaus bestand Dysphagie und Regurgitation, etwas Cyanose, leichtes Oedem des Halses und der Beine. Die langen Thoraxvenen traten hervor, ebenso die der Arme.

Das Laryngoscop zeigte Paralyse der Abductoren.

Die Dyspnoe war so bedenklich, dass die Tracheotomie gemacht werden musste.

Die Brust zeigte die Zeichen des Emphysems und an der Basis hinten rechts bestand geringe Dämpfung.

Der Puls war links kleiner als rechts.

Vor 1¼ Jahren hatte er in der linken Achselhöhle eine geschwollene Drüse, welche in Eiterung übergegangen war.

Er klagt über schiessende Schmerzen entlang dem hinteren Rand des Sternomastoideus, im Ohr und in der Nase.

Der Schmerz und das Oedem des Halses, sowie die Venenerweiterung schwanden in 14 Tagen. Es bestand Ausfluss von schmutzigem Schleim aus der Canüle. Das Secret verhärtete sich bisweilen und verstopfte die Röhre. Daneben ist verlängertes Exspirium und Bronchophonie im Interscapularraum, besonders aber rechts vorhanden.

S. bemerkt, dass die Diagnose schwankte zwischen Aneurysma des Quertheils des Arcus aortae und Schwellung der Bronchialdrüsen. Letzteres hält er für das wahrscheinlichere und giebt auch seine Gründe hierfür an. Der wichtigste ist das Fehlen der physicalischen Symptome des Aneurysma. A. E. GARROD.

77) Truc (Lyon). **Aneurysma des Aortenbogens, Insufficienz und Stenose der Aorta, Paralyse und Atrophie des linken Stimmbandes; Compression und Degeneration des entsprechenden Recurrens. Tod, Autopsie. (Anévrysme de la crosse de l'aorte, insuffisance et rétrécissement aortique, paralysie et atrophie de la corde gauche; compression et dégénerescence du recurrent correspondant. Mort, Autopsie.)** *Lyon méd. No. 40. 4. Oct. 1885.*

Die laryngoscopische Untersuchung zeigt eine absolute Paralyse und Atrophie des Stimmbandes. Der Titel besagt das Uebrige. E. J. MOURE.

78) **Lépine. Aortenaneurysma. (Anévrysme de l'aorte.)** *Soc. des scienc. méd. de Lyon in Lyon méd. 20. Oct. 1885.*

In dem letzten Falle musste man tracheotomiren, um Asphyxie zu verhüten. Bei der Autopsie war der Larynx gesund. L. nahm daher an, dass es sich um einen Reflexkrampf (?) gehandelt habe. E. J. MOURE.

79) **Fortunet. Bemerkung über einen Fall von Aortenaneurysma. (Note sur un cas d'anévrysme de l'aorte.)** *Lyon méd. 8. August 1886.*

Obwohl der Kranke Dyspnoe, Anfälle von Suffocation und Stridor hatte, wurde der Larynx doch nicht untersucht. Es wurde die Tracheotomie gemacht; Patient starb jedoch am folgenden Tage. Bei der Obduction fand man den linken Recurrens durch ein Aortenaneurysma beschädigt, welches auch theilweise die Trachea verengte. E. J. MOURE.

80) **Monnier** (Clinique de Péan). **Aneurysma des Arcus aortae bei einem Syphilitischen. Anfälle von Suffocation und Blutspeien, zuerst für Erscheinungen von Lungentuberculose und später von Larynxsyphilis gehalten. Tracheotomie. Tod. Autopsie. Perforation der Trachea durch das Aneurysma, Intaktheit des Larynx, keine Lungentuberculose. (Anévrysme de la crosse de l'aorte chez un syphilitique. Accès de suffocation et hémoptysis prises d'abord pour des accidents de tuberculose pulmonaire et en suite de syphilis laryngée. Trachéotomie. Mort. Autopsie. Perforation de la trachée par l'anévrysma, intégrité du larynx et absence de tuberculose du poumon.)** *Gaz. méd. de Paris. No. 36. Juli 1886.*

Ter Titel zeigt genügend an, dass eine laryngoscopische Untersuchung nicht stattgefunden hat, ebenso die kostbaren Resultate, welche diese Untersuchung geliefert hätte. E. J. MOURE.

81) **Bernheim** und **Simon. Aneurysma des Arcus aortae. Anfall von Beklemmung durch Compression der Vagi und recurrentes. Secundäre Tuberculose. (Anévrysme de la crosse des nerfs vagues et récurrent. Tuberculose sécondaire.)** *Revue méd. de l'Est. 1. Februar, 15. März, 1. April, 1. u. 15. Mai, 15. Juni, 1. Juli, 15. Juli, 1. September, 15. October 1885. — 1. Januar, 15. April, 1. Juni u. folgd. 1886.*

Die Autoren berichten verschiedene klinische Fälle; unter anderen auch denjenigen, über dessen Inhalt der obige Titel Auskunft giebt. Selbstverständlich fand keine laryngoscopische Untersuchung statt. Die Autoren constatirten erst bei der Obduction die Compression des rechten Vagus und beider Recurrentes durch den Tumor oder die Drüsen. E. J. MOURE.

82) **Hughlings Jackson** (London). **Zungen-, Gaumen- und Stimmbandlähmung. (Paralysis of tongue, palate and vocal cord.)** *Lancet. 10. April 1886.*

In der Sitzung der Harveian Society vom 1. April 1886 zeigte J. einen Patienten, der in Folge eines wahrscheinlich syphilitischen Gehirnprocesses mit Implication des rechten Hypoglossus und des bulbären Abschnittes des rechten Accessorius Willisii Lähmung der rechten Zungenhälfte, der rechten Hälfte des weichen Gaumens und des rechten Stimmbandes darbot. Ausserdem waren noch Symptome von seiten des linken Plexus brachialis und der linken Pupille vorhanden, hinsichtlich deren auf das Original verwiesen werden muss. —

Dr. Stephen Mackenzie verwies im Laufe der Discussion auf seine beiden einschlägigen Fälle (vgl. Centralblatt S. 299 des letzten Jahrgangs) und betonte noch einmal die Wahrscheinlichkeit, dass der weiche Gaumen motorisch hauptsächlich vom Accessorius versorgt wird. SEMON.

83) **Krauss. Ueber Gelenk- und Kehlkopferkrankungen bei Tabes dorsalis.** *Breslauer ärztl. Zeitschrift. No. 16, 1886.*

Bei einem 45jährigen Tabiker trat anfallsweise Dyspnoe von kurzer Dauer auf, welche nach und nach heftiger wurde. Die laryngologische Untersuchung ergab Lähmung beider Cricoarytaenoidei postici. Bei der Section fand sich hochgradige Degeneration des Vagus und der Recurrentes, ebenso der Hinterstränge; Laryngeus superior normal. SCHECH.

84) **Saundby. Lähmung der Erweiterer des Larynx bei einem Falle von Tabes. Illustrationen zur Tabes. (Paralysis of the abductors of the larynx in a case of locomotor ataxia. Illustrations of locomotor ataxia.)** *Birmingham Medical Review. December 1886.*

Dieser Fall wird hier allein unter den anderen Fällen obiger Arbeit erwähnt. Am meisten von Interesse für den Laryngologen sind folgende Punkte:

1. Die grosse Frequenz des Herzschlags, 144 in der Minute.
2. Die Paralyse der Glottisöffner,
3. Die schwache Parese der Adductoren.

Es war nothwendig zu tracheotomiren; Patient schien schliesslich einer Bronchiectase und Pneumonie erlegen zu sein.

Bei der Autopsie war die graue Degeneration der hinteren Rückenmarksstränge deutlich für das unbewaffnete Auge schon sichtbar.

Mikroscopisch konnte sie bis zur Medulla verfolgt werden, woselbst die hintere Pyramide und das Corpus restiforme ergriffen war, während der Recurrens sich im Zustand der chronischen interstitiellen Neuritis befand. Sein Bindegewebe war vermehrt mit Proliferation der Kerne, die Blutgefässe waren erweitert und verdickt, die Nervenfasern verengt und zum Theil obliterirt durch Ueberwucherung des Bindegewebes.

Der Grund, welchen Saundby für die primäre Parese der Oeffner angiebt, ist zwar originell, ob er aber auch richtig ist? Er behauptet, dass die Oeffner hauptsächlich durch den Recurrens mittelst des Accessorius versorgt werden, dessen Kern im Halsmark liegt, wo die Sclerose sehr ausgesprochen war. Hierauf kommt folgender Ausspruch, den ich wörtlich wiederzugeben vorziehe. „Die Schliesser dagegen erhalten auch Fasern vom Glossopharyngeus, welcher aus der Medulla kommt, woselbst die Läsion weniger weit vorgeschritten war". ? ?

M'BRIDE.

85) **Coupard. Paralyse der Musculi crico-arytaenoid. postici. (Paralyse des muscles crico-aryténoidiens posticiens.)** *Journal de méd. de Paris. 15. Aug. 1886.*

Es handelt sich um einen 52jährigen Mann, bei welchem die Untersuchung des Kehlkopfs die Symptome der Lähmung der Erweiterer nebst einem Geschwür am Processus vocalis des linken Stimmbandes ergab.

Verf. stellt, trotzdem keine deutlich fühlbaren Drüsen vorhanden waren,

Die Diagnose auf Compression der Recurrentes syphilitischer Natur. Die Behandlung wurde demgemäss eingerichtet und Patient genas. — Es ist das ein Factum, das weitere Aufklärungen verdient, als die, welche der Verf. uns giebt.

E. J. MOURE.

86) **Carmelo Abate. Die Electricität und die Lähmung der Crico-arytaenoidei postici. (L'elettricità e la paralisi dei muscoli crico-aritenoidei posteriori.)** G. Pastore. Catania, 1886.

Dem Ref. nicht zugänglich.

KURZ.

87) **R. de la Sota y Lastra. Myopathische Paralyse der Glottiserweiterer. (Parálisis miopática de los cricoaritenoideos posteriores.)** *Rev. méd. de Sevilla. IX. p. 5—8, 128—131. 1886.*

Nicht zugänglich.

Red.

88) **G. C. Roy** (Beerbhoon, India). **Eine neue Quelle der Wunden des inneren und äusseren Halses. (A new source of danger in wounds of the throat and neck.)** *Indian Medical Gazette. 1. Februar 1886.*

R. beschreibt einen Fall eines Patienten, der sich selbst in den Hals geschnitten hatte und eine Tracheotomiecanüle trug. Der Patient wurde von Zeit zu Zeit von Dyspnoe befallen, offenbar durch Bronchialkrampf [? Red.], und in einem solchen Anfall starb er. Die Lungen und die Luftwege waren normal, aber die Recurrentes waren in ihrem oberen Lauf zur Seite der Trachea in entzündliche Producte eingebettet.

Auf diese Nervenaffection, welche Herzschwäche und Lungenkrampf hervorgerufen hätten, führt R. den Tod zurück. Er verweist auf einen andren Fall, wo er einen ziemlich ähnlichen Zustand in Folge von Druck durch ein Aneurysma beobachtet hatte. In diesem Falle war die Tracheotomie, welche wegen der Larynxdyspnoe gemacht worder war, nicht ganz im Stande, den Patienten zu bessern.

A. E. GARROD.

89) **Maclaren** (Edinburgh). **Larynx und Trachea in einem Fall von Verbrennung. (Larynx and trachea from a case of burning.)** *Edinburgh Med. Journ. Oct. 1886.*

Demonstration in der Junisitzung der Edinburgh Medico-Chirurgical society.

P. M'BRIDE.

90) **Nicaise. Laryngotomia intercricothyreoidea. (Laryngotomie intercricothyreidienne.)** *Bulletin et mém. de la soc. de chirurg. de Paris. p. 278. 7. April 1886.*

N. betont zunächst die Leichtigkeit, mit der die Operation zu machen ist; er bemerkt, dass man das Anschneiden des Ringknorpels vermeiden muss. Er erwähnt zugleich einige Fälle, wo man diese Operation ausführen, andere, wo man sie unterlassen muss.

E. J. MOURE.

91) **L. A. de Saint-Germain. Zufälle im Gefolge der Tracheotomie. (Des accidents consécutifs à la trachéotomie.)** *Revue des mal. de l'enfance, T. W. p. 365. 1886.*

Diese Zufälle können sich beziehen auf:

1. das Alter, welches den Operationen grosse Schwierigkeiten bereitet;
2. die Blutung in Folge einer Verletzung des brachiocephalen Stammes

oder anderer vor der Trachea gelegener Venen. Zufällen dieser Art begegnet man durch Schieberpincetten oder noch besser durch den Thermocauter;

3. die Anwendung einer Canüle von zu grossem Umfang, welche, indem sie die Wände der Trachea verletzt, zur Bildung eines wahren Pfropfs von Pseudomembranen führt;

4. die Schwierigkeit der Ernährung der Operirten. Diese Schwierigkeit wird beseitigt durch künstliche Fütterung;

5. die Schwiorigkeit, bei gewissen Kindern die Canüle zu entfernen.

Endlich können noch gewisse Zufälle auftreten, die man kennen muss. — So kann ein tödtlicher Ausgang in gewissen Fällen eintreten, die man als geheilt angesehen hat. Es handelt sich wahrscheinlich dann um einen zufälligen Verschluss der Stimmritze. Man darf die Canüle nicht zu früh wechseln, und es ist vielleicht unklug, die Anwendung des Dilatators zu vernachlässigen.

E. J. MOURE.

92) **Toussaint. Typhus, Bronchiectasie und Tuberculose der Bronchialdrüsen, polypöse Vegetation des Larynx in Gefolge von suppurativer Perichondritis des Ring- und linken Giessbeckenknorpels. Plötzlicher Tod. Obduction. (Fièvre typhoide, bronchiectasie et adénopathie bronchique tuberculeuse, végétation polypoide du larynx symptomatique d'une porichondrite suppurée des cartilages cricoide et aryténoide gauche. Mort rapide. Autopsie.)** *Progrès méd. No. 42. 17. Juli 1885.*

Der Titel zeigt an, worum es sich handelt. Die Obduction erwies, dass die laryngoscopisch gesehene Vegetation ein spitz zulaufender Abscess war; der Giessbeckenknorpel war verschwunden. Verf. fügt hinzu, dass es zweckmässig gewesen wäre, zu tracheotomiren!

E. J. MOURE.

93) **Mouktar. Die Differentialdiagnose zwischen der Erkrankung der Tracheobronchialdrüsen und der beginnenden Tuberculose. (Du diagnostic différentiel de l'adénopathie tracheo-bronchique avec la tuberculose au début.)** *Thèse. Paris. 1886.*

Nach einer Erörterung der Geschichte der Drüsenaffection studirt M. die Zeichen. welche durch Inspection, Palpation, Percussion und Auscultation gewonnen werden, ohne uns etwas Neues über diesen Gegenstand zu bringen. Der zweite Theil ist den seitens des Respirations-, Circulations- und Verdauungsapparats gegebenen Aufschlüssen gewidmet.

Das Laryngoscop kann uns zur Diagnose verhelfen, wenn, wie er meint, eine Paralyse oder Contractur eines Stimmbandes(?) besteht. Die tuberculösen Veränderungen des Kehlkopfes werden in einigen Fällen bessere diagnostische Zeichen liefern.

M. bringt zum Schluss seiner These 8 Beobachtungen, in welchen die Differentialdiagnose zwischen diesen beiden Affectionen schwer zu stellen war.

Die Zeichen von Compression eines der beiden Recurrentes scheinen uns nicht die Bedeutung zu haben, welche ihnen der Verfasser für die Diagnose beimisst.

E. J. MOURE.

94) **Peter. Tuberculose und Erkrankung der Tracheo-bronchialdrüsen mit einem Suffocationsanfall. Tracheotomie. (Tuberculose et adénopathie trachéo-bronchique avec accès de suffocation. Trachéotomie.)** *France méd. No. 82. 20. Juli 1886.*

Die Dyspnoe war durch eine Paralyse der Erweiterer des Larynx entstanden, nachgewiesen durch Coupard. Die Bepinselung des Larynx mit Milchsäure führte, obwohl die Canüle offen war, einen intensiven Krampf herbei, einen richtigen Asthmaanfall. Die Lösung war $^{15}/_{20}$. E. J. MOURE.

95) **J. Simon** (Paris). **Ein neuer Fall von intrathoracischer Lymphdrüsenerkrankung und von der bronchialen Lymphdrüsenerkrankung im Allgemeinen. (Un nouveau cas d'adénopathie intrathoracique; de l'adénopathie bronchique en général.)** *Gazette des hôpit. No. 70, 73, 76. 1886.*

Der Fall betraf ein 13jähr. lymphatisches Mädchen, die wegen Erstickungsanfälle in Behandlung stand. Es bestand Lähmung des linken und Parese des rechten Stimmbandes. Ausserdem beiderseitiges Emphysem. Es wurde Infiltration der intrathoracischen Lymphdrüsen diagnosticirt.

Der Autor knüpft an diesen Fall allgemeine Besprechungen über die Bronchialdrüsenerkrankung und wiederholt hierbei seine schon im Vorjahre in der Gaz. méd. de Paris, Nov. u. Dec. 1885, veröffentlichten Ansichten. (Centralbl. II, S. 21.) E. J. MOURE.

96) **W. Ewart** (London). **Dyspnoë und stridulöse Inspiration. (Dyspnoea and stridulous inspiration.)** *Brit. Med. Journal. 20. November 1886.*

E. stellte am 4. November 1886 der Harveian Society eine 36jährige Frau vor, die seit zehn Monaten zuerst an metallisch klingendem Husten, dann an inspiratorischer Dyspnoe gelitten hatte. Dämpfung, hauptsächlich rechts und über dem Sternum in den oberen Thoraxabschnitten und tracheales Athmen ebendaselbst, sowie in der linken Interscapularregion. Die Patientin war syphilitisch gewesen, und E. meinte, es könne syphilitische Bronchialstenose vorliegen. Da diese aber die Dämpfung nicht erklären würde, so wurde auch eine Vergrösserung der Bronchialdrüsen mit herangezogen. (Von einer laryngoscopischen Untersuchung ist nicht die Rede. Ref.) Eine Discussion fand nicht statt. SEMON.

f. Schilddrüse.

97) **Herzen. Wozu dient die Schilddrüse? (A quoi sert la thyroide?)** *Semaine méd. No. 32. 11. August 1886.*

H. erinnert daran, dass nach den Erfahrungen von Schiff die Exstirpation dieser Drüse bei den Nagethieren keine Störung verursacht, bei den Fleischfressern hingegen den Tod herbeiführt. Macht man bei letzteren die Exstirpation in zwei Zeiten, so gewöhnt sich der Organismus an das Fehlen der Schilddrüse. Nach H. sind die der Exstirpation der Schilddrüse folgenden Störungen abhängig von der Exstirpation dieser Drüse, und sie können als der Ausdruck einer Gehirnaffection, wahrscheinlich corticaler Natur, betrachtet werden. [Von anderen Experimentatoren nicht bestätigt. Red.] E. J. MOURE.

98) **Herzen. Noch einmal die Schilddrüse. (Encore la thyroide.)** *Semaine méd. No. 36. 8. Juli 1886.*

Herzen kommt auf diesen Gegenstand bei Gelegenheit einer Arbeit der Herrn Albertoni und Tizzoni zurück. — Diese Autoren sind nämlich beim Studium der eigenthümlichen Krankheit, welche die Exstirpation der Schilddrüse beim Hunde bewirkt, durch eine sehr sorgfältige Untersuchung des Blutes der operirten Thiere zu der Entdeckung gekommen, dass in dem Hämoglobin eine sehr starke Verminderung seines Sauerstoffgehalts eingetreten sei. Diesem grossen Verlust an Sauerstoff schreiben sie die nervösen, musculären und trophischen Symptomen der „acuten Cachexia strumipriva“ beim Hunde zu. Sie schliessen daraus ferner, dass die Function der Schilddrüse darin bestehe, dem Hämoglobin die Fähigkeit zu geben, den Sauerstoff zu fixiren. Diese Theorie genügt Herzen nicht ganz, da noch viele Punkte unerklärt bleiben, die er anzugeben sucht. Es sind dies die absolute Immunität gewisser Thiere, die relative Immunität anderer, das mögliche Eintreten anderer Organe, die Periodicität der Anfälle etc.

Die einzige, bei den Hunden, welchen die Schilddrüse exstirpirt wurde, bewiesene, Alteration besteht in der Verminderung des Sauerstoffs im Blut [? Red.].

E. J. MOURE.

99) **Emile Parnet. Einige Fälle acuter Thyreoiditis in Folge von Cessiren der Menstruation. (Quelques cas de thyroïdite aiguë à la suite de l'arrêt de la menstruation.)** *Thèse de Bordeaux. No. 75. 1886.*

Verf. constatirt im ersten Capitel, dass die in Rede stehenden Thatsachen seiner Arbeit von den Physiologen wenig studirt sind. Dagegen haben die Kliniker schon seit langer Zeit auf die Störungen hingewiesen, welche die physiologischen oder pathologischen Vorgänge des Uterus in der Function der Schilddrüse hervorrufen. Er führt die Namen der verschiedenen Autoren auf, welche diese Frage von diesem Gesichtspunkt aus behandelt haben.

Die Ursachen können zufällige sein, wie: Aufhören der Regel, Erkältung, Gemüthsbewegungen etc. Aber es existiren auch prädisponirende Ursachen, wie Kropf, vorhergehende Verletzungen etc.

Die pathologische Anatomie ist wenig bekannt, weil die meisten acuten Schilddrüsenentzündungen menstruellen Ursprungs in Heilung endigen.

Die Allgemeinsymptome äussern sich in Schmerz, Fieber, Dyspnoe, Appetitlosigkeit etc. Deutliche Symptome sind: Beugung des Kopfes, Schwellungen, Auf- und Abwärtsbewegungen des Tumors.

Die Dauer der Krankheit beträgt zwei Wochen oder darüber; sie endet durch Lösung. Daher ist die Prognoso im Allgemeinen günstig zu stellen.

Die Diagnose wird durch die Palpation gestellt. Das Vorhandensein des Fiebers wird eine einfache Schwellung negiren. Eine aufmerksame Untersuchung wird den Irrthum einer Entzündung der Drüsen oder des benachbarten Zellengewebes nicht aufkommen lassen. Die Therapie besteht in: Cataplasmen, Eis. Hervorrufen der Regel, wenn es möglich ist.

E. J. MOURE.

100) **Boucher. Suppurative Schilddrüsenentzündung nach Typhus abdominalis; Incision des Abscesses. Heilung. (Thyroïdite suppurée suite de fièvre thyphoide,**

incision de l'abscès. Guérison.) *Archiv de méd. et pharm. militaires. No. 10. 16. Mai 1886.*

Die Arbeit von Forgue über diesen Gegenstand (vgl. folgendes Referat) veranlasst den Autor, den Fall eines Soldaten zu veröffentlichen, welcher einen Abscess der Schilddrüse mit Compression der Trachea hatte. B. schliesst daran einige Bemerkungen über den chirurgischen Eingriff in diesen Fällen und meint, dass man gegen die mittlere Partie der vorderen Fläche einschneiden muss, um Blutungen zu vermeiden. E. J. MOURE.

101) **Forgue. Beitrag zum Studium der typhösen Schilddrüsenentzündung. (Contribution à l'étude de la thyroïdite typhique.)** *Archiv de méd. et de pharm. militaires. No. 4. 16. Februar 1886.*

F. betont zunächst die Seltenheit der Affection, von welcher er zwei Beobachtungen erwähnt: die erste eigene und eine zweite von Laveran ihm mitgetheilte. Im letzteren Falle hatte sich der Schilddrüsenabscess in die Trachea geöffnet, der Kranke genas.

Im Anschluss an diese Facta erinnert F. daran, dass bereits vor ihm einige Fälle beschrieben worden sind von Pinchaud, Lebert, Hoffmann und Liebermeister, Griesinger, Kocher, etc. etc.

Er sieht in dieser Entzündung der Schilddrüse eine Localisation der Infectionskrankheit. Was die Pathogenese des Leidens betrifft, so hat sowohl die Metastase, wie die Pilztheorie ihre Anhänger, und beide Anschauungen lassen sich vertheidigen. E. J. MOURE.

102) **Jai Singh** (Chiniot, India). **Vorherrschen des Kropfes in Chiniot und in den Dörfern um dasselbe. (Prevalence of goitre in Chiniot and in villages about it.)** *Indian Medical Gazette. März 1886.*

S. liefert einen Bericht über den oben genannten District, wo der Kropf sehr verbreitet ist. Er schreibt dies der Feuchtigkeit in Folge von Ueberschwemmungen und dem Trinkwasser zu, welches die Eigenschaft hat, Indigestionen und sehr starken Speichelfluss, besonders während des Schlafs hervorzurufen. Alter, Geschlecht und sitzende Lebensweise modificiren die Neigung zu dieser Krankheit. Sie scheint nicht erblich zu sein. Die Krankheit ist im ganzen District im Abnehmen. Am meisten wird die ärztliche Hülfe im März, April und Mai aufgesucht. Cretinismus ist an einzelnen Stellen des Districts nicht ungewöhnlich.

Prophylactisch empfiehlt S. den Gebrauch des Flusswassers, gute Ernährung und Kleidung und Tonica stomachica.

Das Volk kaut die Blätter einer Pflanze (Laminaica saccharina) und dieses Verfahren soll günstig auf die Krankheit einwirken. A. E. GARROD.

103) **Lejears** und **Le Roy. Eitrige Kropfentzündung, Ulceration der Carotis communis und der Jugularis interna dextra. Ligatur der Carotis. Tod. (Goitre suppuré. Ulcération de la carotide primitive et de la jugulaire interne droites. Ligature de la carotide primitive. Mort.)** *Soc. anat. Paris, 22. Juli 1886.*

Der Titel besagt, um was es sich handelt. E. J. MOURE.

104) **Notta** (Lisieux). **Behandlung der Hypertrophie der Schilddrüse durch interstitielle Injectionen. (Traitement de l'hypertrophie du corps thyroide par les injections interstitielles.)** *Normandie méd. No. 18. 15. Juli 1886.*

N. erwähnt vier Fälle, die mit interstitiellen Jodinjectionen behandelt wurden, deren Resultate sehr befriedigend waren. E. J. MOURE.

105) **W. O. Mayer** (Sidney). **Ein Fall von Morb. Basedowii mit einseitigem Exophthalmos bei einem Manne. (Case of exophthalmic goitre with unilateral exophthalmos occurring in a man.)** *Australasian Medical Gazette. April 1886.*

Ein 34jähriger Mann consultirte M., weil er ein Hervorstehen des rechten Auges seit einem Jahre bemerkt habe. Vor drei Jahren hatte er an Herzklopfen gelitten. Die Schilddrüse war deutlich geschwollen, besonders der rechte Lappen. Herz normal; Puls 96.

Es bestand keine Proptosis des rechten Auges. A. E. GARROD.

106) **B. Silva** (Turin). **Ueber die Basedow'sche Krankheit. (Sul Morbo di Basedow.)** *Gazzetta delle Cliniche di Torino. XXII. p. 275. 1885.*

Im Anschluss an fünf selbst beobachtete Fälle dieser Krankheit bespricht S. ausführlich ihre Aetiologie, Symptomatologie und Behandlung unter Heranziehung der meisten Autoren, die über diesen Gegenstand geschrieben haben. KURZ.

g. Oesophagus.

107) **Heinrich Braasch. Beitrag zur Statistik und Anatomie des Speiseröhrenkrebses.** Kieler Dissertation. 1886.

Aus den Sectionsprotocollen des pathologischen Instituts in Kiel in den Jahren 1873—1884 stellte Verf. die Speiseröhrenkrebse zusammen. Von den 29 Fällen sass bei der Hälfte der Fälle das Carcinom im mittleren Drittel, bei 8 im unteren Drittel, einmal im mittleren und unteren, einmal im oberen, mittleren und unteren, zweimal im oberen Dritttheil. Was das Alter anlangt, so war 1 Fall 20 Jahre, 2 37, 7 zwischen 40 und 50, 1 57, 7 zwischen 60 und 70, 4 zwischen 70 und 80 und 1 84 Jahre alt. B. FRAENKEL.

108) **E. Fränkel** (Hamburg). **Ueber Speiseröhrenkrebs.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 30. S. 522. 1886.*

Demonstration zweier Präparate von Carcinoma oesophagi im Hamburger Verein, deren Träger durch Blutung aus einem arrodirten Gefäss in der Nähe des Krebses plötzlich zu Grunde gegangen waren. Im ersten Falle fand sich das Carcinom in der Gegend der Bifurcation mit Durchbruch in den linken Bronchus und stecknadelknopfgrosser Arrosion der Aorta descendens. Der zweite Fall ergab carcinomatöse Strictur des Pharynx, Infiltration der Schilddrüse rechts und des Anfangstheils der Speiseröhre, in welcher sich ein grosses Decubitalgeschwür zeigte. Dieses hatte die Art. subclavia dextr. usurirt. Letztere entsprang anomaler Weise aus dem Uebergange des Arcus aortae in die Aorta descendens und kreuzte in der Gegend des Ulcus die Speiseröhre. B. FRAENKEL.

109) **C. Stonham** (London). **Zwei günstig verlaufene Fälle von Gastrostomie, einer mit einer Tracheotomie complicirt. (Two successful cases of gastrostomy, one complicated by tracheotomy.)** *Lancet. 2. October 1886.*

In dem ersten Fall, bei einem 37jährigen Manne, bestand eine ausgedehnte epitheliomatöse Masse, welche die rechte hintere Partie der Zunge und den Boden des Mundes, die rechte Tonsille und die Gaumenbögen mit der rechten Hälfte des Pharynx ergriffen hatte und sich abwärts, soweit die Epiglottis reichte, erstreckte. Die Halsdrüsen waren geschwollen. Das Neoplasma war ausserordentlich weich. Da das Schlucken intensive Schmerzen verursachte und nur Flüssigkeiten genommen werden konnten, so wurde die Gastrostomie in zwei Zeiten gemacht. Es wurde eine Incision gemacht parallel dem Rande der siebenten, achten und neunten Rippe, ein Finger breit nach innen von denselben. Die Magenwand wurde mit den Wundrändern durch Seidennähte, welche nur die Muscularis und den Peritonealüberzug durchdrangen, vereinigt. Es ging Alles gut nach der Operation. Nach fünf Tagen wurde ein kleines Loch in den Magen mit einem Scalpel gemacht und durch dieses ein Stück Drainrohr eingeführt. Es entwich keine Flüssigkeit. Die Röhre wurde mit Pflaster und Faden in Position gehalten und mit einer Klammer verschlossen. Der Zustand des Patienten besserte sich sehr nach der Operation; er starb aber nach 4 Monaten an seinem Grundleiden.

Der zweite Fall betrifft eine Frau von 47 Jahren, welche gleichfalls an einer malignen Neubildung im Munde litt. Dieselbe hatte die linke Seite der Zungenbasis und des Schlundes ergriffen und auch die Halsdrüsen betheiligt. Feste Speise konnten gar nicht, Flüssigkeiten nur in kleinen Mengen geschluckt werden. Das erste Stadium der Operation glich dem des ersten Falles. Es musste aber die Tracheotomie gemacht werden, weil Dyspnoë und Unfähigkeit, den Mund zu öffnen, bestand. In diesem Fall wurde, bevor der Magen an die Bauchwand befestigt wurde, das Peritoneum parietale an die Haut durch eine fortlaufende Catgutnaht genäht.

Der Magen wurde nach 3 Tagen eröffnet, da die Ernährungsclystiere nicht zurückgehalten wurden. Der Zustand der Patientin besserte sich nach der Operation; aber sie starb 36 Tage nach der ersten Operation, ohne viel zu leiden.

Bei der Section fand man die Oeffnung im Magen an der grossen Curvatur.

Die linke Seite der Zungenbasis und des Schlundes war mit harten, ulcerirenden Tumoren infiltrirt. Die vordere und ein Theil der Seitenwände des Pharynx mit harten Knoten durchsetzt, welche nahe der Oesophagusöffnung aufhörten. Der Tumor erstreckte sich aufwärts an die linke Seite der Schädelbasis. In der Submaxillargegend befand sich eine Masse so dick wie eine Orange, offenbar in Zusammenhang mit dem eben beschriebenen Tumor; und die Drüsen unterhalb des Sternomastoideus waren geschwollen und viele von ihnen im Centrum erweicht.

A. E. GARROD.

110) **G. A. Hawkins-Ambler** (Kirkburton). **Bemerkungen über einen Fall von Gastrostomie. (Notes on a case of gastrostomy.)** *Lancet. 21. August 1886.*

Es handelt sich um einen 61jährigen Mann, welcher seit 2 Jahren an langsam zunehmenden Schluckbeschwerden litt, und welcher seinen Oesophagus er-

folgreich mit Bougies dilatirt hatte. — Als er sich das erste Mal vorstellte, litt er an einem Anfall von Blutbrechen. Als er einen Monat später nicht genügende Nahrung zu sich nehmen konnte, wurde die Gastrostomie ausgeführt. Der Magen wurde freigelegt durch eine 12 Ctm. lange Incision, parallel dem Rectus und 4,5 Ctm. nach innen vom linken Rippenrande, und an die Bauchwand befestigt; die Wunde antiseptisch verbunden. Fünf Tage später wurde in der Magenwand eine Oeffnung gemacht. Patient befand sich wohl und die Wunde heilte zur Zufriedenheit, zeigte jedoch die Neigung sich zu schliessen, was jedoch durch das Einlegen einer Wicke auf auf einige Stunden verhindert wurde.

Es ist noch zu erwähnen, dass der Magen vor seiner Eröffnung durch eine Brausemischung erweitert wurde. H.-A. fand dies für zweckmässig, ebenso wie das Aufzeichnen des Magens durch Percussion vor Beginn der Operation. Ebenso räth er dringend, den Einschnitt parallel mit den Fasern des Rectus zu machen, weil dieser einen Sphincter für die Oeffnung bildet. A. E. GARROD.

111) **William Square** (Plymouth). **Günstig verlaufene Gastrostomie. (Successful gastrostomy.)** *Brit. Med. Journal 8. Juli 1886.*

Es handelte sich um eine 62jährige Frau, welche seit einigen Monaten an zunehmenden Schlingbeschwerden litt; eine Woche vor ihrer Aufnahme in's Krankenkaus war sie überhaupt ausser Stande, zu schlucken. Es war Blut im Erbrochenen und zunehmende Schmerzhaftigkeit, sodass keine Sonde eingeführt werden konnte.

Die Operation wurde in zwei Stadien mit zweitägigem Zwischenraum zwischen der Befestigung des Magens an die Bauchwand und der Eröffnung desselben ausgeführt. Patientin erholte sich gut von der Operation und sah nach 11 Monaten fast so gut wie jemals aus. Während eines Monats war sie im Stande, so gut wie immer zu schlucken, aber während dieser Zeit begann sie Blut und Schleim zu brechen und die Fähigkeit zu schlucken ging wieder verloren.

Eine Woche später wurde sie plötzlich unwohl mit Erbrechen und tiefer Ohnmacht. Eine grosse Menge grünen, übelriechenden Eiters entleerte sich zur Seite der Röhre; sie wurde allmälig schwächer und starb 11 Monate 22 Tage nach der ersten Operation.

Bei der Obduction fand man, dass das untere Ende des Oesophagus in ein sehr grosses Geschwür verwandelt war. Es war kein Zeichen von Verdickung oder Krebs vorhanden. Die ganze, diese Partie der Speiseröhre bedeckende Schleimhaut war zerstört. A. E. GARROD.

112) **Delore. Oesophagusdilatator. (Dilatateur de l'oesophage.)** *Lyon méd. No. 10. 7. März 1886.*

Nach einer kritischen Prüfung der bisher angewandten Instrumente (Bougies, Oliven, Dilatatoren mit 3 und 4 Blättern) beschreibt D. das Instrument, welches er zu diesem Zweck anwendet. Es ist der Urethraldilatator von Michellaux, verlängert für den Oesophagus.

Es besteht aus einer cylindrischen Stange von 7 Millimeter Durchmesser, die der Länge nach in zwei Theile getheilt ist. Der eine derselben ist unbeweglich und setzt sich nach unten in eine Olive fort, während der andere oben eine

Schraube trägt, deren Bewegung die zweite Hälfte der cylindrischen Stange von der ersten entfernt. Die beiden Blätter bleiben bei dieser Bewegung einander parallel. Eine Coulisse, durch welche ein Schraubenkopf gleitet, verhindert die Bewegung des oberen Theils.

Das Instrument ähnelt sehr dem Oesophagoscop von M. Mackenzie mit Weglassung des Spiegels. E. J. MOURE.

III. Kritiken und Besprechungen.

a) J. Seitz (Zürich). **Ueber die Diphtherie.** Vortrag, gehalten in der Sitzung des Schweiz. ärztl. Central-Vereins. *Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. No. 2—6. 1887.*

Diese Arbeit wurde angeregt durch die 1886 in Leipzig erschienene grosse, statistisch-klinische Untersuchung von Martin Neukomm über „Die epidemische Diphtherie im Canton Zürich und deren Beziehungen zum Luftröhrenschnitt", welche das Auftreten, den Verlauf, die Bekämpfung der Seuche auf einem engen Gebiete genau und eingehend verfolgte. Hier sollen die Ergebnisse dieser Forschung, in Beziehung gebracht zur Lehre von der Diphtherie überhaupt, ihre Darstellung finden.

Nach einer historischen Einleitung, in welcher der Beschreibung und der Auffassung des Wesens der Krankheit durch die Aerzte des Alterthums, namentlich des Aretäus von Cappadocien sowie der späteren Zeiten bis zu Bretonnau und Trousseau näher gedacht wird und auch die grösseren Epidemien des Mittelalters bis ins 18. Jahrhundert angeführt sind, kommt Verf. sogleich auf die durch Neukomm im Canton Zürich gesammelten Erfahrungen zu sprechen. In diesem Landstrich sind merkwürdiger Weise erst seit den dreissiger Jahren dieses Jahrhunderts Beobachtungen von Diphtherie amtlich geäussert worden, aber seit dieser Zeit hat sich auch die Krankheit als eine ständige, wiederholt in grösseren Epidemien auftretende gezeigt. Auf das Wesen der Krankheit eingehend, bezeichnet Verf. dieselbe als eine Pilzkrankheit, deren Pilz bis jetzt noch nicht mit voller Sicherheit ausfindig gemacht worden ist, welcher aber auf verschiedene Weise, besonders im Rachen und Kehlkopf in den Körper eindringt und in demselben eine Allgemeinerkrankung hervorruft.

Der Belag allein berechtige nicht zur Diagnose. Der Name Croup habe grosse Verwirrung gebracht, und könne trotz aller Hochachtung vor Home's ursprünglicher Arbeit nicht als Gegensatz zur Diphtherie eine besondere Krankheit bezeichnen, sei desshalb am besten ganz wegzulassen. Verf. möchte den Namen Diphtherie nur „im Sinne der besonderen und gefährlichen Pilzkrankheit (mit dem noch theoretischen Pilz), welche unter sehr verschiedenen Krankheitsbildern auftreten kann, anwenden." „Kehlenge ist durchaus nicht immer diphtherischen Ursprunges und ein Schallzeichen derselben (der Crouphusten) also nichtssagend über das Wesen des Processes." „Was früher im practischen Sinne

als Croup bezeichnet wurde, als Rachencroup und Kehlkopfcroup mit richtiger Akgrenzung und Abtrennung des Pseudocroup, der catarrhalischen Kehlstenose, ist ein und dasselbe mit unserer Diphtherie."

Verf. führt dann, nachdem er auf die vielen, namentlich diagnostischen Fehlerquellen der statistischen Erhebungen hingewiesen und darauf aufmerksam gemacht hat, dass im vorliegenden Material auch die secundären Diphtherien der acuten Exantheme fälschlicher Weise enthalten seien, die statistischen Ergebnisse auf.

Die Zahl der Kranken betrug in 5 Jahren (1879—84) 6947
" " " Todten 1441

Die Krankheit war in dieser Zeit im Canton Zürich nie erloschen und während der ganzen Zeit überall im Canton vorhanden. „Das Minimum der Kranken- und Sterbezahl ist im Juli bis October. Dann folgt ein Ansteigen bis zum Maximum im Januar bis März. Von da an tritt wieder ein Sinken ein bis zum Juli. Der Sommer hat $^1/_3$, der Winter $^2/_3$ der Fälle. Im gleichen Verhältnisse der Häufigkeit in den einzelnen Jahresabschnitten musste die Tracheotomie ausgeführt werden." „Die Diphtherie ist (also) vorzugsweise eine Winterkrankheit, eine Krankheit der Kinder in schlechter Stubenluft; denn der Diphtheriepilz wuchert vorzugsweise nicht im Freien und nicht zur natürlichen Vegetationszeit."

Mit diesen Sätzen übereinstimmende wichtige Thatsachen sind folgende:

„150 diphtheritische Kinder, von welchen 62 Familienangehörigen oder Hausgenossen hatten, die an Diphtherie krank waren" wurden auf die chirurgische Klinik aufgenommen.

„Unter den tracheotomirten finden sich 12 Geschwisterpaare."

„Erkrankung von Geschwistern kam vor bei Leuten, trotzdem sie nach dem ersten Fall in ein ganz fernes Quartier gezogen waren."

„Unzweifelhaft mehrfache Erkrankung des gleichen Kindes ist vorgekommen."

„Hartnäckiges Befallensein von Diphtherie der gleichen Oertlichkeit durch lange Zeit ist schon vielen Beobachtern sehr aufgefallen."

Dem Altersjahre nach betrachtet steigt die Zahl der Kranken vom ersten Altersjahre rasch an bis zum sechsten, sinkt dann stetig bis zum 15. und bleibt von da an sehr klein. Gleich verhält sich die Curve der Todesfälle und auch diejenige der Tracheotomien.

Bezüglich der Geschlechter ergiebt sich folgendes: Vom 1.—15. Lebensjahre erkranken gleich viel von beiden Geschlechtern, vom 16.—40. um 32 pCt. mehr weibliche Individuen, so dass sich im Ganzen eine grössere Zahl weiblicher Diphtheriekranker ergiebt, als nur der überhaupt grösseren Zahl weiblicher Wesen entsprechen würde. Im ersten Lebensjahre starben fast einmal soviel Knaben als Mädchen, wesshalb im Ganzen ein geringes Ueberwiegen der männlichen Diphtherietodten entsteht. Es mussten mehr Knaben tracheotomirt werden.

Die Gefahr der Diphtherie wird ganz regelmässig kleiner nach dem fünften Altersjahr.

Bezüglich des Aufenthaltsortes, des Gedeihens und der Art des Ueberganges des Infectionsstoffes auf den Menschen findet man folgende Sätze:

„Der Pilz muss jedenfalls in Diphtheriekranken stecken. Er haftet auch an Gegenständen und geht von da auf den Menschen über.

Verf. bespricht hier die interessante Thatsache, dass bei fast gleichen Krankenziffern im Züricherspital nur 8 pM., im Baseler Kinderspital 270 pM. Spitalerkrankungen vorkamen. Diese überraschende Differenz erklärt sich dadurch, dass im Züricher Spital die Abtheilung der Diphtheriekranken von der Kinderstube ganz getrennt ist. S. knüpft hieran folgenden Satz: „Den Kindern können die Diphtheriepilze am meisten anhaben; die diphtheriekranken Kinder geben mit den ihnen zugehörigen Gegenständen unter sich den Diphtheriepilz am meisten weiter." „Die Zusammendrängung der Kinder an Orten dichter Bevölkerung, in den Städten und Dörfern, in den Fabrikdistricten, in den Schulen, in schmutziger Umgebung, ihre Bannung ins Zimmer zur Winterszeit giebt der Pilzübertragung den grössten Vorschub.

Verf. hat überhaupt nicht den Eindruck, dass es das „alles verschuldende Wetter", die „Erkältungen" sind, welche die Diphtherie bringen, sondern die Ansteckungen.

Bei der Besprechung der therapeutischen Resultate in den Züricher Epidemien drückt sich Verf. wörtlich so aus:

„Wir besitzen kein Mittel, das auf der Höhe der Krankheit sicher und unleugbar den diphtheritischen Process aufhebt, sein Fortschreiten hindert, die Sterblichkeit mindert."

Ueber die Tracheotomie führt Verf. die Sätze Neukomm's an, welche in dessen schon im Jahrgang II, No. 9 des Centralblattes besprochenen Schrift „Ueber spätere Folgezustände nach der Tracheotomie bei Kehlkopfdiphtherie im Kindesalter" enthalten sind.

Wir können den gedruckten Vortrag von Seitz denjenigen, welche nicht die grosse statistische Arbeit Neukomm's studiren können, zur Lesung empfohlen. Die reichen Forschungsergebnisse Neukomm's sind darin im Wesentlichen übersichtlich aufgeführt. JONQUIÈRE.

b) L. Lichtwitz. Die hysterischen Anästhesien der Schleimhäute und der Sinnesorgane und die hysterogenen Schleimhautzonen. Klinische Untersuchungen. (Les anaesthésies hystériques des muqueuses et des organes des sens et les zones hystérogènes des muqueuses. Recherches cliniques. Paris, 1887.

Diese mit grossem Eifer und exact durchgeführten Untersuchungen des Autors bieten des Neuen und Interessanten so viel, dass wir deren Studium jedem Leser unseres Centralblatts an's Herz legen möchten; aber auch für die Neurologen und überhaupt für jeden Arzt, welcher sich für die Fortschritte der Wissenschaft interessirt, sind sie von keiner geringeren Bedeutung.

Bekanntlich sind die Schleimhäute bis jetzt ganz ungenügend in den Kreis der wissenschaftlichen Erforschung der Symptomatologie der Hysterie hereingezogen worden, so dass der Autor quasi eine terra inculta zu bearbeitet hatte, die er denn auch mit Vortheil auszubeuten verstanden hat. Um einen Einblick in die Arbeit zu gewähren, wird es am zweckmässigsten sein, deren Inhalt kurz

zu skizziren und einige der hauptsächlichsten Resultate, zu welchen der Autor gelangt ist, mitzutheilen.

Der erste Theil der Arbeit handelt von der hysterischen Anästhesie einer Reihe von Schleimhäute (Respirationswege, Conjunctiva, Trommelfell) und von der einiger Sinnesorgane (Geschmack, Geruch und Gehör). Nach einer historischen Einleitung unterzieht der Verf. zunächst die von den Autoren zur Untersuchung der betreffenden Organe angewandten Methoden einer kritischen Besprechung und geht dann zu Klarlegung der von ihm eingeschlagenen Untersuchungsweise über. Seine Untersuchungen nahm er an einer Reihe hysterischer Subjecte, theils männlichen, theils weiblichen Geschlechts, elf an der Zahl, vor, und theilt deren Krankengeschichte zum Schluss in extenso mit.

Dabei fand er, dass die Schleimhautanästhesie eine sehr häufige Erscheinung der Hysterie sei; und dass sich dieselbe im Allgemeinen der Disposition, dem Grade und der Natur nach, der Hautanästhesie anschliesse, obgleich nicht absolut, da man häufig und bei gewissen Schleimhäuten fast immer, Ausnahmen von dieser Regel finde . . . — Totale Hemianästhesie der Schleimhäute wurde nie gefunden; in der der hemianästhetischen Seite entsprechenden Nasenhälfte war immer ein Theil der Schleimhaut mehr oder weniger sensibel, und die Kehlkopfschleimhaut in allen ihren Theilen entweder hyperästhetisch, oder normal sensibel, oder hypoästhetisch oder anästhetisch. — Die Mundschleimhaut dagegen wurde zweimal total hemianästhetisch befunden. Sie war ohne Schmerzgefühl bei bestehender Hautanalgesie, und bei herdweiser Anästhesie beinahe vollkommen anästhetisch. Die galvanische Sensibilität der Zunge und des Gaumensegels war nie ganz verschwunden, obgleich in geringem Grade vermindert, an für andere Reize unempfindlichen Stellen.

In Fällen cutaner Anästhesie war die galvanische Sensibilität auf der hemianästhetischen Körperseite stärker herabgesetzt, selbst in den Fällen, in welchen die Schleimhaut für andere Reize nicht hemianästhetisch war.

Der Mund und Nasentheil des Pharynx war in 3 Fällen hemianästhetisch; in den zwei anderen Fällen cutaner Hemianästhesie waren entweder total anästhetisch oder beiderseits normal empfindlich. Bei totaler Hautanalgesie war er ebenfalls analgisch. — Der Kehlkopf wurde einmal anästhetisch und einmal total analgisch gefunden. In vier Fällen war er hyperästhetisch. — „Die Anästhesie der Epiglottis ist weder ein pathognomonisches, noch constantes, noch frühzeitiges Symptom der Hysterie“.

Bei den Untersuchungen des Gehörorgans wurde gefunden, dass die Sensibilität des Trommelfells keine Rolle spielt, bei der Schallorientirung, und dass der Grund des Nichterkennens der Schalldirection nicht auf der Anästhesie des Trommelfells beruht.

Bei der Prüfung der Sinnesorgane hat sich ergeben, dass die Beschränkung des Geschmacksfeldes ein häufiges, ja beinahe constantes Symptom der Hysterie ist, mit verschiedenen Nüancen. Eine scharf begrenzte Geschmackshemianästhesie wurde nur in einem Falle cutaner Hemianästhesie beobachtet. Manchmal war die specielle Geschmacksanästhesie an die allgemeine Anästhesie des Geschmacksorgans gebunden, obgleich das meist nicht der Fall war.

Die bipolare Untersuchung ergab Beschränkung oder gänzlichen Schwund des elektrischen Geschmacksfeldes.

Bezüglich des Geruchssinnes wurde einmal totale Anosmie, 4 mal einseitige Anosmie und einmal Geruchshyperästhesie beobachtet. Zwischen der Anästhesie des Riechvermögens und der Haut bestand keine absolute Beziehung. Die Geruchsanästhesie war gewöhnlich mit derjenigen von einem Theile der Schleimhaut der entsprechenden Nasenseite combinirt, obgleich letztere nie eine totale Anästhesie darbot.

Für das Gehör ergab sich in 3 Fällen complete, beinahe complete und einseitige Taubheit; kein Zusammenhang zwischen Gehörs- und cutaner Anästhesie, ebenfalls nicht zwischen specieller und allgemeiner Anästhesie des Gehörorgans.

Der zweite Theil der Arbeit ist den hysterogenen Zonen der Schleimhäute gewidmet. Der Autor weist nach, dass es hysterogene Schleimhautzonen giebt, und zwar vertheilen sich dieselben unter die 11 beobachteten Fälle folgender Massen: Nasenschleimhaut 6 mal; Kehlkopfschleimhaut 4 mal; Nasenrachenschleimhaut 3 mal; Mund und Rachenschleimhaut 2 mal; äusserer Gehörgang und Trommelfell 2 mal; Tub. Eustach. 1 mal und endlich 1 mal Conjunct. corneae und unterer Thränencanal. Die betreffenden Patienten hatten zugleich äussere hysterogene Zonen, litten an convulsiven Anfällen und an solchen von spontanem Sonnambulismus. Fünf der Patienten waren mit cutaner Hemianästhesie und einer mit totaler Hautanalgesie behaftet.

Die Schleimhäute, welche der Sitz von hysterogenen Zonen waren, boten häufig mehr minder ausgesprochene anatomische Veränderungen dar; ihr hauptsächlicher Sitz waren die sensiblen Schleimhäute. Die Erregbarkeit der Zone bot bei den verschiedenen Kranken ausgesprochene Differenzen dar, und selbst bei den gleichen Individuen waren nicht alle Zonen gleich empfindlich, aber doch im Allgemeinen leicht excitabel. Ein mit der Sonde ausgeführter Druck war die gewöhnliche Art des Reizes. Für die nasalen Zonen kamen auch chemische Substanzen zur Verwendung und für die Zonen der Mundschleimhaut der faradische und galvanische Strom von ziemlich bedeutender Stärke. Eine 10proc. Cocainlösung machte die Zonen manchmal unerregbar, und die statische Electricität brachte die Erregbarkeit der spasmogenen Zonen zum Verschwinden. Die hysterogenen Schleimhautzonen können auftreten, verschwinden oder wechseln von einem Tag zum andern. In der Regel sind sie constant.

„Die Thatsache der Existenz von Schleimhautzonen erklärt verschiedene Phänomen, welche man an neuropathischen Personen beobachtet hat, und setzt uns in den Stand, z. B. bei im Schleimhautgebiet hysterischer Personen vorzunehmenden Operationen Zufälle zu vermeiden, welche sonst sich eingestellt haben würden; ausserdem haben dieselben noch einen diagnostischen Werth. Ferner haben die Schleimhäute, besonders die, welche der Sitz hysterogener Zonen sind, eine grosse ätiologische und therapeutische Bedeutung in Bezug auf den Ausbruch und den Grad gewisser hysterischer Symptome.“

Dies wird wohl genügen zur Begründung dessen, was ich in der Einleitung gesagt habe.

BAYER.

IV. Briefkasten.

Von der laryngologischen Section der 60. Naturforscherversammlung in Wiesbaden.

Einem Briefe des Einführenden, Herrn Dr. Heinrich, entnehmen wir folgende freundliche Mittheilungen:

„Ihrem Wunsch gemäss theile ich Ihnen das Programm für unsere Section, so weit es bis jetzt feststeht, mit:

Vorträge sind angemeldet von den Herren:

1. Moritz Schmidt (Frankfurt a./M.):
   Weitere Erfahrungen über Tracheotomie bei Larynxtuberculose mit Krankenvorstellung.
2. P. Heymann (Berlin):
   a) Zur Histologie der Nasenpolypen.
   b) Beiträge zur Rhinochirurgie.
3. G. Rosenfeld (Stuttgart):
   Ueber Perforation des Septum narium.
4. H. Krause (Berlin):
   Thema unbestimmt.

Die Ausstellung unter der Oberleitung des in diesen Dingen sehr erfahrenen und gewandten hiesigen Rentners Dreyfus verspricht eine glänzende zu werden. Auch für unser besonderes Fach haben bereits verschiedene erste Firmen Betheiligung gemeldet, so dass wohl zu erwarten steht, dass der Besucher ein vollständiges Bild der Fortschritte des letzten Jahres erhalten wird.

Wissenschaftliche Forschung und weiblicher Instinct.

Ein amerikanischer College hatte die Behauptung aufgestellt, dass die Nasenhöhle des Menschen sich in einem ausgesprochenen Degenerationszustande befinde. Sie sei ganz ausser Verhältniss klein. Die correcte Entwicklung finde sich nur bei langgesichtigen Thieren, wie beim Pferde. Beim Menschen habe die Gehirnhöhle sich allmälig auf Kosten der Gesichtsknochen entwickelt, so dass die Nasenwege sehr beträchtlich verkürzt worden seien. Es sei ein Gesetz, dass Gebilde, welche sich in einem Degenerationsvorgange befinden, stets äusserst variabel seien und die Paläontologen stimmten darin überein, dass, je näher ein Organ der Periode seines völligen Verschwindens sei, es eine um so grössere Mannigfaltigkeit der Formen aufweise. Die grosse Zahl von Anomalien in den Nasen der civilisirten Menschenrassen und die Neigung dieses Theiles zu Erkrankungen seien daher das natürliche Resultat seiner entarteten Beschaffenheit.

Hierzu bemerkt der Redacteur des New-York Medical Journal, dass vorstehende Bemerkungen nicht nur vom Standpunkt der vergleichenden Anatomie von Interesse seien, sondern auch ein neues Beispiel zu der Fülle der bereits bekannten dafür lieferten, dass weiblicher Instinct geradenwegs zu Schlüssen gelangte, zu deren Erreichung die wissenschaftliche Forschung Jahrhunderte brauche. Wie können wir, so frägt er, die Zärtlichkeit des weiblichen Geschlechts für den Mops durch eine andere Theorie erklären, als auf Grund der intuitiven Schlussfolgerung, dass diese Hundeart, bei der das Gehirn sich mehr auf Kosten der Nasengegend entwickelt hat als bei irgend einer anderen, die civilisirteste von allen sei? Und was kümmert es die Damen, dass diese Entwicklung als Entartungsvorgang aufgefasst wird?

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang IV. Berlin, September. 1887. No. 3.

I. Referate.

a. Allgemeines und äusserer Hals.

1) **Strübing. Ludwig Mende und seine Beziehungen zur Laryngologie.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde. No. 6. 1887.*

Der erste, welcher den Mechanismus des festen Kehlkopfverschlusses in seinen Einzelheiten am Menschen beobachtete, war nicht Czermak, sondern der Greifswalder Professor L. J. Caspar Mende, 1779—1832. Er legte seine Beobachtung nieder in der Schrift: Von der Bewegung der Stimmritze beim Athemholen etc., 1816. Gelegenheit dazu bot sich an einem Selbstmörder, welcher sich den Larynx entzwei geschnitten hatte. Auch erkannte Mende, dass bei der häutigen Bräune der Glottiskrampf eine Rolle spiele. SCHECH.

2) **C. H. Knight. Krankheiten der Nase, des Mundes und des Halses, ausgewählte Auszüge. (Diseases of the nose, mouth and throat, abstracts and selections.)** *The Medical Analectic. New-York. 1887.*

Der wohlbekannte Ruf des Verfassers bietet eine Garantie für die Vorzüglichkeit seiner Berichte, welche einen regelmässigen Theil der monatlichen Ausgabe des oben genannten neuen Journals bilden. Diejenigen, welche wir gelesen haben, sind von Interesse, da sie verständig aus der Masse der einheimischen und auswärtigen Literatur über die Krankheiten der Luftwege ausgewählt und sorgfältig bearbeitet sind. LEFFERTS.

3) **Thompson und Castle. Bericht über Laryngologie. (Report on laryngology.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 26. Februar 1887.*

Die wichtigsten, in diesem Bericht besprochenen Gegenstände sind die Bougirung des Larynx und die Tuberculose des Mundes und des Pharynx. Die anderen Gegenstände sind gut gewählt und von aktivem Interesse. Der ganze Bericht ist gut geschrieben und interessant. Er steht weit über dem Durchschnitt der „Berichte“, welche wir von Zeit zu Zeit in gewissen Journalen finden.

LEFFERTS.

4) **Ziegelmayer. Badbericht über die Saison 1886 im Schwefelbade Langenbrücken.** D. Weber. Bruchsal. 1887.

Gegen die Jahre 1884 und 85 ergibt die Statistik eine progressive Zunahme der Nasenaffectionen. Unter den einzelnen Fällen ist bemerkenswerth ein Kranker mit einem kleinen fibrösen Polypen und sporadischen asthmaähnlichen Anfällen, bei dem nach entsprechender Behandlung die schnurrenden Geräusche über der Lunge schwanden. Bemerkenswerth ist ferner ein Fall von Fremdkörper (Knochenstück) im Larynx bei einem 75jährigen Manne, der denselben ohne besondere Beschwerden mehrere Monate getragen hatte und denselben bei einer Inhalation plötzlich aushustete; an der Hinterwand des Kehlkopfs fand sich ein papillomartiges mit Granulationen bedecktes Gebilde. Endlich beobachtete Verf. noch einen Fall von Trachealabscess resp. Ulcerationen in der Trachea. Die Langenbrücker Quellen haben sich auch mehrfach gegen Asthma günstig erwiesen. SCHECH.

5) **F. Massei** (Neapel). **Aehrenlese. (Spigolature.)** *Archivii ital. di Laringologia. Fasc. I. 1887.*

Unter diesem Titel spricht M. über die Behandlung der Diphtherie, wobei er Terpentin und Sublimat empfiehlt; über den constanten Strom beim Kropf, der ihm in zwei Fällen Erfolge gab; über die Deviationen der Nasenscheidewand, bei denen er Fingerdruck, Tampons und comprimirte Luft empfiehlt; über eine Tracheotomie mit nachfolgender arterieller, mittelst einer Pincette gestillter Blutung; über die Milchsäure bei Kehlkopftuberculose, bei der er keine sonderlichen Erfolge zu verzeichnen hatte, während sie ihm bei anderen entzündlichen Infiltrationen gute Dienste leistete; über die Diagnose von Kehlkopflähmungen mittelst der Palpation der Vibrationen beider Kehlkopfhälften; über einige Indicationen des Katheterismus, hauptsächlich bei Spasmus glottidis; über eine falsche Diagnose auf Oesophaguszerreissung, für welche eine Reihe von Symptomen sprach, während eine einzige Sondirung das Uebel beseitigte, so dass entweder ein Spasmus, oder ein gestielter Tumor, oder am wahrscheinlichsten ein Fremdkörper anzunehmen war. KURZ.

6) **De Rossi** (Rom). **Special-chirurgische Essay's etc. (Saggi di Clinica speciale chirurgica. Otojatria. Laringojatria. Rinojatria.)** *Anno scolastico 1885—1886. Roma. 1887.*

Dem Referenten nicht zugänglich. E. KURZ.

7) **A. Pawlewski** (Petersburg). **Chirurgische Bemerkungen. (Chirurgitscheskia sametschania.)** *Russ Med. No. 2 u. 3. 1887.*

1. Nach einer genauen Zusammenstellung der fremdländischen und russischen Literatur über die Kropfexstirpation beschreibt Verf. eine von ihm an einer 25 Jahre alten Frau ausgeführte Exstirpation einer grossen parenchymatösen Struma mit colloider Entartung. Die Operation und der Wundverlauf gingen ziemlich glatt. P. beobachtete Pat. noch $^1/_2$ Jahr, ohne an ihr auch die geringsten Störungen der Intelligenz oder der Ernährung zu constatiren.

2. Beschreibung eines Tumors der linken Highmorshöhle bei einem 23jäh-

rigen Mann, der zu seiner Entfernung die Resection des Oberkiefer nöthig machte. Der Tumor war ein Adenom mit Bildung mehrerer Cysten, von denen eine grössere mit Eiter und 2 kleinere mit seröser Flüssigkeit gefüllt waren. LUNIN.

8) **Knud Pontoppidan** (Kopenhagen). **14 Fälle von Tumor cerebri. (14 Tilfaelde af Tumor cerebri.)** *Hospitals-Tidende. p. 113. 2. Februar 1887.*

Von diesen 14 Fällen dürfte besonders der 10. die Leser des Centralblattes interessiren. Der Patient war ein 19jähriger Mann. Das Leiden bestand in Folgendem: Tumor baseos cranii (Fossae med. cranii, regionis infratemporalis, fossae sphenomaxillaris et orbitae). Die Symptome waren: Anaesthesia et Paraesthesia n. trigemini sin. Paralysis n. abducentis sin. Paresis n. oculomotorii sin. Paresis n. facialis sin. Neuritis optica mit Ausgang in Atrophie. Ophthalmia neuroparalytica. Das Trigeminusleiden war mit Chordaläsion und linksseitigen neurotrophischen Veränderungen der Schleimhaut der Nase, der Zunge und der Gingivae verbunden. Auch war complete linksseitige Anaesthesia gustationis vorhanden. Die Section zeigte: Ein plexiformes Lymphangiosarkom, das von dem Periost der linken Fossa temporalis ausging und von hier theils nach hinten in die Fossa retromaxillaris, theils nach vorne durch die Fissura orbitalis inferior in die Orbita, theils nach oben durch die Fissura orbitalis sup. in die Fossa cranii media sich hineinerstreckte. In der Fossa cranii media befand sich eine ca. zweimarkstückgrosse, stark verdickte Duralpartie, in welche das Ganglion Gasseri eingebettet lag. Der Lobus temporalis cerebri war an dieser Duralpartie angelöthet und oberflächlich erweicht. SCHMIEGELOW.

9) **Byron Bramwell** (Edinburgh). **Gliom und Cyste des linken Stirnlappens, verbunden mit verlangsamter Articulation und Schlingbeschwerden. (Glioma and cyst of the left frontal lobe associated with slow articulation and difficult deglutition.)** *Edinburgh Med. Journal. 8. Januar 1887.*

Dieser Fall wurde in einer Sitzung der Edinburg Medico-chirurgical Society vorgetragen. McBride meinte, dass das Vorhandensein der Articulations- und Schlingbeschwerden geeignet ist, Krause's Beobachtungen zu bestätigen, dass es ein Rindencentrum für das Schlucken und die Articulation gäbe. M'BRIDE.

10) **Rabl** (Prag). **Zur Bildungsgeschichte des Halses.** *Prager med. Wochenschrift. No. 52. 1886. No. 1. 1887.*

R. beschreibt zunächst die 4 Kiemenbogen des menschlichen Embryos. Der erste oder Mandibularbogen wird zur Bildung des Ober- und Unterkiefers, des Hammers und Ambosses verwendet. Der zweite oder Zungenbeinbogen überwuchert den 3. und 4. völlig und lässt hinter sich eine Vertiefung, den Sinus cervicalis, welcher also an der Grenze gegen die Brust hin gelegen ist, und nicht wie His angiebt, an der Grenze zwischen Hals und Kopf. Deswegen kann auch der Sinus cervicalis nichts zur Bildung der Retromaxillargrube oder, wie His sie genannt wissen will, der Retromandibularbucht beitragen. Besonders an Vogelembryonen kann man sich davon leicht überzeugen, weil sie einen langen Hals haben. Auch kann man beobachten, dass der Musculus sterno-cleidomastoideus in seiner Anlage von der ersten äusseren Kiemenfurche bis an die hintere Wand

des Sinus cervicalis zieht. Dieser Sinus cervicalis ist in erster Linie Veranlassung zur Bildung der angeborenen Halsfisteln und der branchiogenen Tumoren. Die Kiemenfisteln münden nämlich stets am vorderen Rande des Kopfnickers aus; diese Oeffnung entspricht daher dem Sinus cervicalis; der Fistelgang selbst bildet sich höchst wahrscheinlich aus der 2. inneren Kiemenfurche. R. verweist noch auf eine spätere ausführlichere Abhandlung. CHIARI.

11) **Brown-Séquard** (Paris). **Analgesie in Folge mechanischer Reizung des Halses.** Uebersetzung einer an die Pariser Academie der Wissenschaften gerichteten Mittheilung. *Wiener med. Blätter. No. 16. 1887.* Vgl. Centralblatt II., S. 412. CHIARI.

12) **A. Kums. Hals- und Gesichtsemphysem im Gefolge einer Capillarbronchitis. (Emphysème du cou et de la face survenu dans le cours d'une bronchite capillaire.)** *Annales et Bulletin de la Société de Médecine d'Anvers. Janvier. 1887.*

Der Titel ersetzt ein weiteres Referat. BAYER.

13) **Riehl** (Wien). **Demonstration zweier Fälle von acutem umschriebenem Oedem (Quincke).** Sitzung der K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien. 3. Juni 1887. *Anzeiger der K. K. Gesellschaft der Aerzte. No. 21. 1887.*

In beiden Fällen waren nebst öfter auftretendem Oedem an der Wange resp. an den Lidern, Wangen und Lippen auch heftige Anginen resp. „Stimmbandentzündung“ mit Erstickungsgefahr aufgetreten, welche nach 1 bis 2 Tagen spurlos vorübergingen. Allgemeinsymptome fehlten. (Ausführlicher wurde dasselbe Thema in der Sitzung vom 17. Juni behandelt; Riehl bringt demnächst darüber eine grössere Arbeit.) CHIARI.

14) **Gerhardt** (Berlin). **Ueber Erysipel.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 3. S. 45. 1887.*

In Fällen von Erysipelas mit prodromalem Fieber, wie solche unter 69 Fällen 28 Mal vorkamen, geht häufig eine Halserkrankung voran. Offenbar handele es sich dabei um ein im Rachen beginnendes und nach der Gesichtshaut wanderndes Erysipelas, welches durch den unteren Nasengang, durch den Thränen-Nasen-Canal, oder durch die Tube und den äusseren Gehörgang fortschreite. Die Erysipele des Rachens entständen durch die Möglichkeit der Infection durch eine „physiologische Wunde“. Spalten im Epithel seien nachgewiesenermassen vorhanden, namentlich dort, wo Lymphfollikel angesammelt liegen, wie an den Tonsillen. B. FRAENKEL.

15) **Rabl** (Wien und Halle). **Ueber Lues congenita tarda.** Vortrag in der Gesellschaft der Aerzte vom 11. Februar 1887. *Anzeiger. 24. Februar 1887.*

Nasen-Rachen- und Gaumenleiden traten beim männlichen Geschlechte am häufigsten vom 8. bis 12, beim weiblichen vom 13. bis 15. Jahre auf. Sie waren nach Knochen- und Augenleiden die häufigsten Affectionen. Im Uebrigen muss auf R.'s demnächst erscheinende ausführliche Publication verwiesen werden. CHIARI.

16) **v. Bamberger** (Wien). **Ueber einige Symptome der Scarlatina.** Klinischer Vortrag. *Allgemeine Wiener med. Zeitung. No. 9 u. 10. 1887.*

Neben den anderen Symptomen wird besonders das häufige Vorkommen von

Angina, Croup, Diphtherie und Phlegmone des Rachens erwähnt. Interessant ist, dass B. hervorhebt, dass in Wien bis vor 40 Jahren keine selbstständige Diphtherie vorkam, sondern nur eine im Gefolge der Scarlatina. CHIARI.

b. Nase und Nasenrachenraum.

17) **Pohl** (Prag). **Beobachtung über das Vorauseilen der Nasenathmung vor der Brust- und Bauchathmung.** *Prager med. Wochenschrift. No. 16. 1887.*

P. zeichnete die Bewegung der Nasenflügel und die des Brustkorbes (oder Bauches) auf den Cylinder des Polygraphen (Rothe) auf und konnte so das Vorauseilen der Nasenathmung graphisch darstellen. Es wurde ein Nasentampon mässig aufgeblasen in die Nase eingelegt; bei jeder starken Einathmung wurde durch einen Vorsprung zwischen Cartilago alaris und triangularis der Tampon comprimirt. P. machte seine Versuche bei 3 Emphysematikern und konnte bei 2 das Vorauseilen der Nasenathmung constatiren, bei dem 3. aber (38 Athemzüge in der Minute) nicht. CHIARI.

18) **X. Der Geruch bei den Frauen. (L'odorat chez les femmes.)** *Revue scientifique. 6. 1887. — Journal des sc. méd. de Lille. p. 165. 18. Februar.*

Es handelt sich um einen kleinen phantasiereichen Artikel, welcher beweisen soll, dass der Geruchsinn des Mannes zwei Mal so fein ist, als der der Frau.

E. J. MOURE.

19) **v. Bamberger** (Wien). **Hemianästhesie nach Meningitis cerebrospinalis.** *Allg. Wiener med. Zeitung. No. 12, 14 u. 15. 1887.*

Diesem klinischen Vortrage entnehme ich nur folgende Details: bei einer Patientin, welche an Meningitis cerebrospinalis gelitten hatte, trat einige Zeit nachher Schwäche in den motorischen, namentlich aber sensitiven Nerven der ganzen linken Körperhälfte ein. Auch die Nasenschleimhaut ist links geringer empfindlich, und Geruch und Geschmack sind abgeschwächt. B. nimmt Exsudatreste an der Basis an, welche den Trigeminus und Olfactorius drücken. CHIARI.

20) **Ross** (Manchester). **Zwei Fälle von chronischer Vergiftung mit Schwefelkohlenstoff. (Two cases of chronic poisoning by bisulphide of carbon.)** *Medical Chronicle. Januar 1887.*

In beiden Fällen war Geruch und Geschmack mangelhaft, anscheinend in Folge davon, dass die Patienten ausser Stande waren, sich vor dem Geruch der Dämpfe zu hüten. M'BRIDE.

21) **Kahler** (Prag). **Demonstration einer Kranken mit Hemianopsie und beiderseitiger vollständiger Anosmie. Wahrscheinlich gummöser Process in der vorderen Schädelgrube.** Verein deutscher Aerzte in Prag. Sitzung vom 4. März 1887. *Prager med. Wochenschrift. No. 10. 1887.*

Ausführlicher Vortrag (ebendaselbst am 11. März 1887. Prag. med. Wochenschrift 1887, No. 11) soll später publicirt werden. CHIARI.

22) **V. Grazzi. Parosmia, ihre Ursachen und ihre Behandlung. (Parosmia, sue cause e cure.)** *Bollettino delle malattie dell' orecchio etc. No. 1. 1887.*

Die Ursachen sind centrale oder periphere. Es werden einige Fälle von

Mackenzie und einige eigene erzählt. Die Behandlung ist bei centraler Ursache erfolglos, bei Erkrankung der Nasenhöhle wird diese local behandelt. In 2 Fällen hatte Cocain gute Wirkung. KURZ.

23) **Mathiesen** (Christiania). **Ein Fall von starkem wässerigem Ausflusse aus der Nase nach einem Fall auf den Kopf. (Et Tilfaelde af staerkt vandagtigt Udflod fra Naesen efter et Fald paa Hovedeh.)** *Norsk Magazin for Laegevidenskaben. p. 41. Januar 1887.*

Der Patient war ein 13jähriger Knabe, der am 15. März 1885 in einen Schiffsraum hinunterstürzte. Er war einige Zeit bewusstlos. In der folgenden Nacht hatte er Erbrechen und Epistaxis. Am 4. Mai kam der Patient in die Klinik wegen Ausfliessens eines wasserklaren dünnen Secretes mit salzigem Geschmack aus dem linken Nasenloch. Im Laufe von 2 Stunden wurden 25 Cc. dieser Flüssigkeit aufgesammelt. Im Uebrigen Wohlbefinden. Am 9. Mai hörte der Ausfluss auf. In der Flüssigkeit wurden mikroskopisch weisse Blutkörperchen, einzelne Schleimfasern und Pflasterepithelien gefunden. Die chemische Untersuchung ergab ein specifisches Gewicht von 1,006, die Reaction war alkalisch, das sonstige Resultat erinnerte an die Zusammensetzung der Cerebrospinalflüssigkeit. Ob es sich in diesem Falle um eine Hypersecretion der Nasenschleimhaut oder einen Ausfluss von Cerebrospinalflüssigkeit handelte, konnte nicht bestimmt ausgemacht werden. SCHMIEGELOW.

24) **Spencer Watson** (London). **Rhinitis mit inspiratorischem Schnaufen. (Rhinitis with inspiratory snorting.)** *Brit. Med. Journal. 2. April 1887.*

Vortrag vor der Metropol. Counties Branch (Northern District) der Brit. Med. Association am 9. März 1887. Geschichte eines 26jährigen Mädchens, das nach heftigem Schreck an häufigen inspiratorischen „Schnauf"-Krämpfen zu leiden begann. Dieselben hielten trotz Behandlung Monate lang an, und traten zu Zeiten halbstündlich, bisweilen sogar alle 10 Minuten auf, verschwanden aber während der Nacht. Auf Bromkalium-Gebrauch cessirten sie temporär, kehrten aber nach Aussetzen des Mittels mit ihrer ursprünglichen Intensität wieder. W. entdeckte bedeutende Verdickung der Nasenmuscheln, die mit vortrefflichem Erfolge theilweise entfernt wurden. Zur Zeit des Berichts war die Patientin schon zwei Monate von ihrem Leiden frei; ihr Allgemeinbefinden hatte sich gebessert und Geruch und Geschmack, die sehr gelitten hatten, waren jetzt völlig normal. SEMON.

25) **Chatellier** (Paris). **Heufieber und Läsionen der Nase. (Asthme de foins et lésions nasales.)** *Société anatom. de Paris. 25. März 1887.*

C. citirt zwei Fälle, welche von Neuem die Beziehungen zwischen diesen beiden Affectionen darthun. E. J. MOURE.

26) **Thos. F. Rumbold. Chirurgische Behandlungsmethoden zur Besserung der Pruritic rhinitis (Heufieber). (Surgical methods for the relief of pruritic rhinitis [Hay fever].)** *Journal Americ. Med. Assoc. 1. Januar 1887.*

Die Behandlung des Verfassers besteht in Zerstörung der hyperästhetischen Schleimhaut. Die Mittel, welche er anwendet, unterscheiden sich nicht von den allgemein empfohlenen. LEFFERTS.

27) **Mc Bride** (Edinburgh). **Vorlesung über Nasen- und Nasenrachenreflexneurosen. (Lecture on nasal and naso-pharyngeal reflex neuroses.)** *Brit. Med. J. 29. Jan. 1887.*

Verfasser sucht nach besten Kräften die viel erörterte Materie zu besprechen. Er liefert zwar keinen vollständigen Literaturbericht, erwähnt aber die wichtigsten der neueren Beiträge, hierauf bespricht er Hack's erste Arbeit und drückt sein Erstaunen darüber aus, dass er sich genöthigt gesehen hat, seine Ansicht über die ausschliessliche Wichtigkeit der unteren Nasenmuschel als eines Faktors für die Reflexneurosen so bald zu modificiren, nachdem er während eines Jahres eine glänzende Reihe von bis dahin unbekannten Resultaten veröffentlicht hatte. Es werden alsdann die Arbeiten von Sommerbrodt, J. N. Mackenzie, Baber, Fränkel, Schäfer, Baratoux, Hering und Jacobi aufgeführt. Ferner wird auf die negativen Resultate Semon's hingewiesen, ebenso auf das Factum, dass Tornwaldt Asthma und andere Reflexerscheinungen vergesellschaftet und abhängig von Affectionen der Bursa pharyngea beobachtet hat; dass endlich Andere das Asthma nach einer Tonsillotomie etc. haben heilen sehen. Desgleichen werden die Sprachstörungen bei uncomplicirter Pharyngitis granulosa besprochen, wobei Verfasser die Ansicht von Michel verwirft, weil er oft deutliche Pharyngitis granulosa, z. B. bei Ohrenkrankheiten, gesehen hat, wo weder Sprachstörungen noch Halssymptome vorhanden waren und ebenso umgekehrt. Deshalb meint er auch, dass mehr solcher Fälle durch Einleitung des electrischen Stroms in den Kehlkopf, als durch Cauterisation geheilt werden würden. Es entsteht aber eine andere Frage, nämlich ob in allen Fällen, in welchen das Asthma (oder andere Neurosen) durch Cauterisation der Nase geheilt wird, die nervösen Erscheinungen nothwendigerweise auf die Erkrankung der Nase zurückzuführen sind. Es ist nämlich klar, dass, wenn der Reiz, der durch eine Erkrankung der Nasenscheimhaut hervorgerufen wird, eine moleculare Veränderung in einem gewissen Gebiet des Gehirns erzeugen kann, dann auch ein starker Gegenreiz auf das Innere der Nase das Gleiche thun kann. Wenn also die Nase erkrankt ist, so ist es begreiflich, dass daraus eine Reflexneurose entstehen kann; wenn aber eine Reflexneurose bei gesunder Nase vorhanden ist, so ist es ebenso begreiflich, dass die Application des Galvanocauters die Neurose heilen kann. Mit anderen Worten: Es ist die Frage, ob nicht der auf die Nasenschleimhaut applicirte Gegenreiz eine zweckmässige Behandlung des Asthma bildet, ganz unabhängig davon, ob die Nase erkrankt ist, oder nicht.

Der Autor fasst seine gegenwärtige Ansicht über die Reflexneurosen der Nase am Schlusse kurz zusammen und erwähnt, da seine Vorlesung im Sommer 1886 gehalten wurde, kurz die Literatur, welche in der Zwischenzeit erschienen ist. Seine Ansicht bekundet sich in folgender Schlussbemerkung: „Boecker's Arbeit (vgl. Centralblatt III., S. 478) ist ein ausführlicher und wohldurchdachter kritischer Versuch, die Leichtgläubigkeit der Allzugläubigen zu erschüttern. AUTOREFERAT.

28) **Thudichum** (London). **Ueber die Natur und Behandlung von Hypertrophien und Geschwülsten der Nasenhöhle und des Rachenraumes. (On the nature and treatment of hypertrophies and tumours of the nasal and pharyngeal cavities.)** *Brit. Med. Journal. 26. Februar 1887.*

Ich entnehme dem B. M. J. in wörtlicher Uebersetzung den folgenden, er-

staunlichen Bericht über den in der Sitzung der „West London Medico-Chirurgical Society“ vom 4. Februar 1887 gehaltenen Vortrag:

„Dr. Thudichum las eine Arbeit unter obigem Titel, in welcher er die durch Hypertrophie der Nasenmuscheln bewirkten übeln Folgen und die durch Abtragung der vergrösserten Theile erzielte Verbesserung auseinandersetzte. Er sagte, er habe das ganze Gebiet der durch Nasenleiden bewirkten Reflexneurosen — namentlich Asthma, Heufieber, Hemiopsie, convulsivisches Zucken, Pyloruskrampf, Perversion des Geruchsinnes, Schwindel, Verlust des Bewusstseins, Husten und Niesskrampf — lange vor Hack oder anderen von Dr. Mc Bride (vergl. vorstehendes Referat) angeführten Autoren gelehrt (! Ref.). Dr. Thudichum läugnete, dass die Nase erectiles Gewebe enthielte. Er hielt die Superiorität des Galvanocauters gegenüber allen anderen operativen Massregeln aufrecht und sagte, dass man all den Oeffnungen der Nebenhöhlen der Nase — solcher Oeffnungen seien nicht weniger als 16 vorhanden — grosse Aufmerksamkeit schenken müsse. Nach einiger Discussion, an der sich die Herren Spencer Watson, Clippingdale, Ball, Collyer, Bennet, Newton Pitt, Lloyd und der Präsident (Dr. Alderson) betheiligten, beschrieb Dr. Thudichum in seiner Antwort detaillirt seine Methode die untere Muschel mittelst des Galvanocauters zu entfernen.“ SEMON.

29) **G. Finne** (Christiania). **Nervöse Symptome bei Krankheiten der Nase. (Nervöse Symptomer paa Grund af Sygdom i Naesen.)** *Norsk Magazin for Laegevidenskaben. Juni 1887.*

Der Verf. giebt zuerst eine kurze Uebersicht der heutigen Ansichten über diese Frage und theilt 3 hierher gehörende Fälle mit. In dem ersten Falle handelte es sich um eine Neuralgie des I. und II. Astes des linken Trigeminus, die durch Chromsäureätzungen der geschwollenen Concha infima geheilt wurde. In dem zweiten Falle wurden asthmatische Athembeschwerden durch Behandlung einer atrophischen Rhinitis zum Verschwinden gebracht. Bei dem dritten Patienten, der seit 12 Jahren an Asthma gelitten hatte, wurde dieses durch Wegoperiren von Nasenpolypen theilweise beseitigt. SCHMIEGELOW.

30) **Schnitzler** (Wien). **Behandlung des Asthma bronchiale.** Vortrag in der Sitzung des Wiener med. Doctoren-Collegiums vom 18. April 1887. *Mittheilungen des W. m. D.-C. No. 13 u. 14. 1887.*

Das Asthma bronchiale betrachtet Schn. als Reflexneurose und hat es oft von der Nase aus geheilt, wenn Polypen oder Catarrhe es veranlassten. Den asthmatischen Anfall konnte er durch Bepinselung der Nasenschleimhaut mit Cocain öfters coupiren. Auch von Jodkali mit Chloralhydrat sah er oft gute Erfolge, in einzelnen Fällen auch von Arsenik und der Pneumatotherapie, hauptsächlich berücksichtigte aber Schn. das nasale Asthma. CHIARI.

31) **Lazarus** (Berlin). **Zur Asthmatherapie.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 7. S. 110. 1887.*

Der Aufsatz stellt einen Vortrag in der Berliner Medicinischen Gesellschaft dar, an welchen sich eine lange Discussion knüpfte. Sowohl im Vortrag wie in

der Discussion wurde die Gesammttherapie des Asthma besprochen. Ref. beschränkt sich in diesem Blatte darauf, das wiederzugeben, was für den Rhino-Laryngologen specielles Interesse hat.

L. hat in 15pCt. aller Fälle das Asthma als eine erbliche Krankheit auftreten sehen, und empfiehlt deshalb auch eine prophylactische Therapie. Entfernung der Tonsillen, der adenoiden Wucherungen, Cauterisationen der Nasenschleimhaut neben pneumatischer Therapie, und Anwendung von Jod und Leberthran habe den betreffenden Kindern eine normale Configuration des Thorax wieder verschafft und sie gesund erhalten. Verf. bestätigt die Sicherheit der den Anfall coupirenden Wirkung einer Einpinselung der Nase mit 10proc. Cocainlösung in geeigneten Fällen. Der galvanocaustischen Behandlung der Nase schreibt er einen momentanen Effect, keine nachhaltige Besserung zu, glaubt aber, dass man bei Asthmatikern jede einigermassen auffallende Anomalie an der Schleimhaut der oberen Luftwege beseitigen müsse. In der Discussion betont Ref. (Berl. klin. Wochenschr. No. 52. 1886) die Berechtigung seines Prioritätsanspruchs, wendet sich gegen die Einführung des Begriffs einer prophylactischen Asthmatherapie, da Asthma zu selten sei, um dies beurtheilen zu können, und gegen die Schwellkörpertheorie Hack's. Schadewaldt (Berliner klin. Wochenschr. No. 3, S. 43, 1887) erörtert ausführlich seine den Lesern dieses Blattes bekannten Ansichten über den Trigeminusreflex. Auf die Frage des Ref., wie er es nach seiner Theorie erkläre, dass die Operation eines Polypen das Asthma beseitige, antwortet er (ibid. No. 4, S. 65), dies sei überhaupt nicht der Fall.

B. FRAENKEL.

32) **Watson Smith. Bemerkung über eine Reflexwirkung des Nerv. olfactorius auf die Gaumen- und Magennerven. (Note on a reflex action of the olfactory nerves upon the nerves of the palate and stomach.)** *Medical Chronicle. März 1887.*

Beschreibung eines Falles, in dem ein an Ruhr leidendes Kind keine Medicin bei sich behalten konnte. Als man jedoch Ipecacuanha in einem Theelöffel reichte, dessen Stiel mit einem parfümirten Taschentuch umwickelt war, wurde es ganz gut vertragen.

P. M'BRIDE.

33) **J. H. Buffum. Augensymptome reflectorisch von der Nase ausgelöst. (Nasal reflexes in the production of ocular symptoms.)** *The Medical Era-Chicago. März 1887.*

Der Zweck der gut geschriebenen Arbeit des Verfassers ist, zu zeigen, dass gewisse Gruppen von Augensymptomen (wie Schmerzen in und in deren Nachbarschaft den Augen, Affectionen der Augenlider, Scotom und Sehstörungen) durch Reflexe bedingt sind, die von gewissen Nasenaffectionen ausgehen, die nicht in der Continuität der Gewebe zu verfolgen sind. Es sind freilich, das gesteht er offen, nicht alle Fälle durch Behandlung des Nasenverschlusses, oder durch Verschwinden der Schwellung des erectilen Gewebes der unteren Muschel zu heilen. Aber die Resultate, die er erhalten hat, sind in der Mehrheit der Fälle sehr befriedigend, und die Behandlung der Nasenaffectionen bietet eine Methode dar, die in einer Reihe von Fällen Heilung bringt, die sonst unmöglich zu heilen sind.

LEFFERTS.

34) W. Cheatham. **Augenkrankheiten reflectorisch von der Nase ausgelöst. (Nasal reflexes as a cause of diseases of the eye.)** *American Practitioner and News. Louisville. 2. April 1887.*

C. berichtet einige Fälle als Beweis für seine im Titel aufgestellte Behauptung und giebt eine ausführliche anatomische Erklärung der Nervenverbindung zwischen dem Auge und der Nase, die einerseits wohlbekannt, andrerseits von geringem Interesse ist.

Er ist überzeugt, dass, wenn in so manchem der Fälle von sogenannter Asthenopie die Nase genau untersucht würde, man die Ursache entdecken und leicht beseitigen könnte. LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

35) Giacich (Fiume). **Ueber die Wichtigkeit der Untersuchung der Zunge für Diagnose und Prognose.** *Pester med. chir. Presse. No. 22. 1887.*

50jährige Untersuchungen sind es, welche den Autor zu diesem etwas confus geschriebenen Artikel veranlassen. Die trockene Beschaffenheit der Zunge wird nach ihm durch Verstopfung der Capillaren bedingt, die intensivere Röthe ist ein Zeichen des Entzündungszustandes des Verdauungs- und Respirationstractes, das villöse Aussehen weist auf Entzündung der Follicularkrypten der Eingeweide, des Magens und der Bronchien hin, sehniges Aussehen bei Alteration der Verdauung lässt an einen krebsigen Process im Tractus gastro-intestinalis denken, punctirtes Aussehen lässt auf Ueberladung des Verdauungstractes schliessen und aphthöse Beschaffenheit, die sonst nicht von Bedeutung ist, giebt bei starkem Fieber und bei Diarrhoen eine schlechte Prognose.

Endlich erwähnt G. der Schwierigkeit die Zunge herauszustrecken, des Zitterns derselben, des Sehnenhüpfens etc. als Zeichen schweren Ergriffenseins des Centralnervensystems, z. B. bei Typhus.

Nach G. sind alle diese Abnormitäten als Reflexe der Zustände des Hirns, des Gefäss-, Athmungs- und Verdauungssystems zu betrachten. CHIARI.

36) Schech. **Die schwarze Zunge.** *Münchener med. Wochenschrift. No. 13. 1887.*

Die schwarze Zunge wird bekanntlich von einer Anzahl Autoren nach dem Vorgange von Dessois für eine Mykose gehalten; der Pilz, „Glossophyton“ sollte die Papillen schwarz färben. S. kommt nun auf Grund einer eigenen Beobachtung durch sorgfältige mikroskopische Untersuchung zu dem Resultate, dass die Nigritia linguae nicht zu den Mykosen gehört, sondern zu den Pigmenthypertrophien. Der Sitz derselben sind die Papillae filiformes, welche sich abnorm vergrössern, verhornen und gleichmässig schwarzbraun pigmentiren. Den von Dessois gefundenen Pilz konnte S. nicht finden, auch waren die verhornten pigmentirten Papillen auffallend gemieden von den gewöhnlichen in der Mundhöhle sich aufhaltenden und den normalen Zungenbelag bildenden Mikroorganismen. AUTOREFERAT.

37) **Carl Böcker** (Dänemark). **Lingua nigra.** *Hospitals-Tidende. p. 221. Marts 1887.*

Der Verf. hat zwei Fälle dieser Krankheit gesehen, beide Mal bei älteren Individuen (50—70 Jahre alt). In dem einen Fall wurde ein dunkler, scharf begrenzter Fleck, ungefähr zweimarkstückgross, auf dem Zungenrücken vor den Papillae circumvallatae gefunden. Die Vegetation bestand aus bis 8 mm langen, $^1/_4$ mm dicken, weichen, braunen, in der Peripherie grauen, spitzen, haargleichen Prominenzen, die ziemlich fest sassen. Die Patientin hatte keine Ahnung von der Anwesenheit der Vegetation. Die zweite Patientin hatte dagegen ein Gefühl, als wenn sie Haare im Halse hätte. Der Fleck war so gross wie ein 50 Pfennigstück. Die Filamente waren nur 4—5 mm. lang.

Die mikroskopische Untersuchung zeigte cylinderförmige Körper, die aus mehrschichtigem, pigmentirtem Pflasterepithel zusammengesetzt waren. Diese epithelialen Bildungen waren mit zahlreichen körnigen Haufen bedeckt, in denen sich kleine lichtbrechende runde Körper und einzelne feine Fäden befanden. Verf. fasst die Lingua nigra als eine locale Affection von parasitärem Ursprung auf, ohne Relation zu dem übrigen Organismus und vielleicht ohne Bedeutung für diesen. SCHMIEGELOW.

38) **Kumar** (Wien). **Glossitis.** *Wiener med. Blätter. No. 19. p. 592 u. 593. 1887.*

Ein Fall von heftiger, plötzlich entstandener Zungenentzündung, welche auch Athembeschwerden machte (wahrscheinlich durch Oedem der Kehlkopfzungenfalten). Unter Antiphlogose und Blutentziehung durch Blutegel Heilung in 10 Tagen. CHIARI.

39) **Th. Whipham** (London). **Glossitis migrans. (Case of glossitis migrans.)** *Brit. Med. Journal. 9. April 1887.*

Demonstration des Patienten vor der Medical-Society of London am 4. April 1887. Am Rande der Entzündung zeigte sich eine dichte Lage epithelialer Zellen und oberhalb derselben eine Schicht nicht genauer beschriebenen Mikrokokken. SEMON.

40) **A. W. Orwin** (London). **Hereditäre Zungensyphilis. (Hereditary syphilis of of the tongue.)** *Brit. Med. Journal. 1. Januar 1887.*

Der Pat., welcher der Med. Society of London am 20. December 1887 gezeigt wurde, war ein Knabe mit einem eigenthümlichen Leiden der Zunge. Abgesehen davon, dass er als Säugling nasalen Catarrh (snuffles) gehabt hatte, war ein definitiver Anhaltspunkt für hereditäre Syphilis nicht zu ermitteln. Bei der Aufnahme war die Zunge dreimal so gross als unter normalen Umständen und sehr schmerzhaft. Unter Jodkalibehandlung und localen Höllensteinapplicationen erfolgte schnelle Genesung. — Dr. Angel Money hatte mehrere ähnliche Fälle gesehen. Der Präsident (Mr. Brudenell Carter) meinte, dass es sich vielleicht um primäre Syphilis gehandelt habe. SEMON.

41) **Salzer**, jun. (Wien). **Demonstration eines Falles von Zungentuberculose.** Gesellschaft der Aerzte vom 18. Februar 1887. *Anzeiger. 3. März 1887.*

Oberflächliches, aber ausgebreitetes Geschwür am rechten Zungenrande mit vielen miliaren Knötchen bei einer 30jährigen Frau. Infiltration und Catarrh der

rechten Lungenspitze. Uebertragung wahrscheinlich von der Zahnfleischulceration ihres Kindes, welches vor 3 Monaten an Tuberculose starb. S. hebt die Infectiosität der Zungengeschwüre hervor. Die meisten Bacillen fanden sich im morschen Geschwürsgrunde selbst. CHIARI.

42) **Bruce Clarke** (London). **Fall von Blutcyste der Zunge. (Case of blood-cyst of the tongue.)** *Brit. Med. Journal. 30. April 1887.*

Demonstration der Patientin, eines jungen Mädchens, vor der Med. Society of London am 25. April 1887. Die haselnussgrosse Cyste bestand seit 2 Jahren und sass am freien Rande der Zunge. C. beabsichtigte die Cyste, event. nebst einem Theile der Umgebung, zu entfernen. — Aus der Versammlung wurden verschiedene Vorschläge gemacht, wie dies am besten zu bewerkstelligen sei (Ligatur, Electrolyse, Galvanocauterisation, Paquelin, schneidende Operation.) — Nichts Besonderes. SEMON.

43) **R. Godlee** (London). **Adeno-Sarcom der Zunge mit ossificirendem (verkalkenden?) Knötchen im Centrum. (Adeno-sarcoma of tongue, with ossifying [calcifying?] nodule in the centre.)** *Brit. Med. Journal. 12. März 1887.*

Die Natur des Falles ergiebt sich aus dem Titel. Die centrale Portion wurde von G. beim Meeting der Pathol. Society of London am 3. März 1887 vorgezeigt und weitere klinische und mikroscopische Details gegeben, hinsichtlich derer Interessenten auf das Original verwiesen werden müssen. — Die Discussion förderte nichts Bemerkenswerthes zu Tage. SEMON.

44) **Mayer** (Ischl). **Beiträge zur Actinomykose des Menschen.** *Prager medicin. Wochenschrift. No. 20. 1887.*

1. Junger Mann, Bauernknecht, hatte an der Zungenspitze eine erbsengrosse härtliche Geschwulst, welche er selbst öffnete. Der Eiter enthielt viele Strahlpilze. Er starb $1^1/_2$ Jahre nach Beginn der Erkrankung, nachdem sich viele Abscesse am ganzen Körper gebildet hatten.

2. Ein Viehtreiber hatte an derselben Stelle eine ähnliche Geschwulst. Der Kranke wurde nicht wieder gesehen.

3. Ein 8jähriges Mädchen hatte eine wallnussgrosse Geschwulst am linken Unterkiefer in der Gegend des cariösen 3. Mahlzahnes mit Fistelöffnungen, Caries des Knochens und zahlreichen Strahlpilzen im Eiter.

M. weist auf die Häufigkeit von Actinomyces bei der Landbevölkerung hin. CHIARI.

45) **Kapper** (Czernowitz). **Ein Fall von acuter Actinomycose.** *Wiener med. Presse. No. 3. 1887.*

In 9 Tagen bildete sich bei einem 22jährigen Manne in der Gegend der rechten Glandula submaxillaris eine Phlegmone mit Oedem des Mundhöhlenbodens, der Zunge und des Schlundes. Die Incision entleerte stinkenden Eiter mit Actinomycespilzen; nach 8 Tagen Heilung. Wenige Tage später trat dieselbe Affection links auf und heilte in gleicher Zeit. In zwei cariösen Mahlzähnen fanden sich auch Strahlenpilzkolben. K. macht besonders auf den acuten Verlauf, die Recidive und die schnelle Heilung aufmerksam. CHIARI.

46) **Hochenegg** (Wien). **Zur Casuistik der Actinomycose des Menschen.** *Wiener med. Presse. No. 16, 17, 18. 1887.*

Von den 7 Fällen haben für uns besonderes Interesse 6, nämlich 1 der Zunge, 4 des Kiefers und der Wange und 1 der Wangenhaut.

Die Zunge zeigte eine kirschengrosse, stumpfkeilförmige Geschwulst am vorderen Rande der rechten Seite; diese Geschwulst wurde exstirpirt. Heilung per primam. $1^1/_2$ Jahre nachher waren keine Recidive aufgetreten.

In den 4 Fällen von Actinomycose des Kiefers und der Wange waren weitgehende Infiltrate am Kiefer, an der Wange und am Halse vorhanden, welche nicht völlig exstirpirt werden konnten. Tiefe Incisionen, Auslöffelung und Excision einiger Theile brachten zwar Besserung, aber in 3 Fällen erlagen die Kranken nach einiger Zeit dem Weiterschreiten des Processes; in dem 4. Falle hielt die Besserung länger an. In dem Falle von Actinomycose der Wangenhaut gelang die Exstirpation völlig. Die Diagnose wurde in allen Fällen durch Untersuchung des Eiters gestellt. Die Eingangspforte des Pilzes konnte nicht immer constatirt werden; nur bei dem Falle von Actinomycose der Zunge und der Wange schienen es kleine Verletzungen an der Haut resp. Schleimhaut zu sein; in den anderen Fällen waren es cariöse Zähne oder die Lücken nach Extraction cariöser Zähne. Heilung ist nur wahrscheinlich, wenn die Excision des ganzen Infiltrates gelingt.

CHIARI.

47) **R. Brugia** und **A. Mateucci. Zwei seltene Fälle einseitiger Läsion der Zunge. (Due casi rari di lesione unilaterale della lingua.)**

Nach einem Referat des Raccoglitore medico, der weder Verlag noch Jahr, in dem obige Schrift erschienen, angiebt, handelt es sich um einen Fall von rechtsseitiger Hemiparalyse der Zunge, bedingt durch periphere Ursachen (wahrscheinlich atheromatöse Schwiele der rechten Carotis, den Stamm des Hypoglossus comprimirend). Verff. schliessen aus diesem Fall: 1. dass der Geschmackssinn von der Innervation des 12. Paars unabhängig ist; 2. dass die Lähmung des Hypoglossus eine Abweichung der Zungenspitze nach der gelähmten Seite bedingt; 3. dass der Hypoglossus wahrscheinlich wenigstens theilweise den M. orbicularis oris innervirt.

Den zweiten Fall (Hemispasmus linkerseits) führen sie ebenfalls auf eine periphere Ursache zurück (rheumatischer Natur), wofür das plötzliche Auftreten und die rasche Heilung spricht.

KURZ.

48) **J. Hughlings Jackson** (London). **Ein Fall von Hemianopsie und von Lähmung und Atrophie einer Zungenhälfte bei einem syphilitischen Patienten. (A case of hemianopsia and of wasting and paralysis on one side of the tongue in a syphilitic patient.)** *Brit. Med. Journal. 2. April 1887.*

Demonstration des Pat. vor der Med. Society of London am 28. März 1878. Es handelte sich um einen 34jährigen Patienten mit buntscheckigen nervösen Symptomen in Folge von Syphilis. Primäraffection 5 Jahre früher, secundäre Halssyphilis bald darauf; Gaumenperforation 2 Jahre später. Obscure Convulsionen vor 5 Jahren. Gegenwärtig: Anosmie, Geschmackssinn gut, Hemianopsie, linke Felder blind, Sehnerven normal, leichte Verzerrung des Gesichts nach links

mit Zuckungen in der Region der rechtsseitigen Zygomatici und Verengerung der rechten Palpebralöffnungen (Ueberbleibsel alter, Bell'scher Facialisparalyse?); Lähmung und Atrophie der rechtsseitigen Zungenhälfte; Taubheit auf linkem Ohr. Verwachsung des weichen Gaumens mit der hinteren Pharynxwand, Communication der Nase mit dem Munde durch ein grosses Loch im harten Gaumen. — Auch ohne letztgenannte, palpable Zeichen constitutioneller Syphilis würde, nach Jackson's Erfahrung, die Buntscheckigkeit der nervösen Symptome die Diagnose auf intracranielle Syphilis gerechtfertigt haben. — J. kam dann auf die seiner Erfahrung nach fast stets vorhandene Association von Lähmung der gleichseitigen Gaumenhälfte und des gleichseitigen Stimmbandes mit halbseitiger Zungenparalyse und -atrophie zu sprechen. In diesem Falle sei der Verwachsungen wegen das Verhalten des Gaumens nicht zu constatiren, während die laryngoscopische Untersuchung (Semon) den Mangel einer rechtsseitigen Stimmbandparalyse ergab. —

Auf den Wunsch des Vortragenden schloss der Referent an die Demonstration ein kurzes Resumé der Ergebnisse von Horsley's und seinen Experimenten über die Phonationscentren, in dem er namentlich betonte, dass eine einseitige Rindenläsion nicht einseitige Stimmbandlähmung erzeugen könne.

SEMON.

49) Fux (Laibach). **Cocainanästhesie bei einer Zungenoperation.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 14. 1887.*

F. exstirpirte ein ulcerirtes Papillom der unteren Zungenfläche, welches ziemlich tief in die Substanz der Zunge eindrang, so dass bei der Operation die Art. ling. durchschnitten wurde. Vorher injicirte er unter die Basis der Geschwulst und seitwärts je 5 Centigramm Cocaïnum mur. und erreichte völlige Anästhesie.

CHIARI.

50) C. B. Lockwood (London). **Ueber eine Methode zur Verhinderung von Blutung während Operationen an der Zunge. (On a mode of restraining haemorrhage during operations on the tongue.)** *Brit. Med. Journal. 23. April 1887.*

In einem am 18. April 1887 vor der Med. Soc. of London gehaltenen Vortrage beschrieb L. eine von ihm erdachte Zange, deren eines Blatt zur Seite der Zunge in den Pharynx eingeführt wird, während das andere, welches den anatomischen Verhältnissen des Unterkiefers angemessen gekrümmt ist, von aussen auf die Gegend des Cornu majus des Os hyoideum drückt. In jener Gegend verläuft nämlich die Arteria lingualis und die Dicke der Gewebe ist so gering, dass L. zufolge das Gefäss gut zwischen den beiden Blättern der Zange comprimirt werden kann. Er beschrieb mehrere Fälle, in denen das Instrument mit Nutzen verwendet worden war. In der Discussion, die nichts Interessantes bot, machten sich indessen Zweifel an seiner Leistungsfähigkeit geltend. SEMON.

d. Diphtheritis und Croup.

51) **Leitartikel im Medical Register. Bougirung des Larynx. (Intubation of the larynx.)** *Medical Register. Philadelphia. 12. Februar 1887.*

Der Redacteur bemerkt, dass wir uns nicht durch die wenigen Statistiken, die bisher uns geboten wurden, irreführen lassen sollen. Die Ansichten über die

Aetiologie, Diagnose und Therapie der als Croup bekannten Krankheit, für welche die Bougirung allgemein angewandt wird, sind so sehr verschieden, dass es fast unmöglich ist, die Bougirung und die Tracheotomie gegenüberzustellen, noch viel weniger positiv zu behaupten, dass die eine den Vorzug vor der anderen habe. Obwohl der Anfänger Schwierigkeiten bei der Bougirung findet, so ist sie doch die leichtere von beiden Operationen; sie ist auch gefahrlos und stösst bei dem Patienten und dessen Familie auf weniger Widerstand. Wenn sie daher irgendwie nützlich in der Behandlung des echten Croups ist, so muss sie schlechterdings an die Stelle der schneidenden Operationen treten, gegen welche sich mancherlei Einwürfe erheben lassen, und deren Resultate keineswegs so glänzend sind, dass man sie empfehlen könnte. LEFFERTS.

52) **D. A. K. Steele. Bougirung des Larynx. (Intubation of the larynx.)** *N.-Y. Med. Record. 15. Januar 1887.*

S. lenkt die Aufmerksamkeit auf das Factum, dass, trotz Northrup's Behauptung, es sei keine Gefahr, dass die Bougirsonde in die Trachea hinabgleiten könne, dieser Unfall sich doch ereignet hätte (in einem von Waxham berichteten Falle: Chicago Med. Journ. and Examiner. Nov. 1885).

(O'Dwyer's neue Sonden, modificirt durch Erweiterung der Schulter und Verdickung des mittleren Drittels der Sonde würden die Gefahr des Vorkommens eines solchen Unfalls bedeutend verringern.) LEFFERTS.

53) **W. P. Northrup. Einige Punkte betreffend die Bougirung des Kehlkopfs. (Some points concerning intubation of the larynx.)** *New-York Record. 1. Jan. 1887.*

Ein Brief, der gewisse Details der Apparate und der Behandlung erklärt, die von einigen Lesern der Northrup'schen Arbeit nicht deutlich verstanden worden sind. N. betont unter anderen folgende Pnnkte, die Indicationen für die Operation betreffend: Zuerst sei sicher der Diagnose. Ist die Dyspnoe durch Larynxstenose bedingt? Er hat zu verschiedenen Malen die Sonde auf Verlangen eingeführt, wenn deutliche Dyspnoe vorhanden war, aber nicht laryngealen Ursprungs. Die Sonde brachte alsdann keine Besserung.

Um diesen Punkt festzustellen, muss die Brust untersucht werden. Wenn der Thorax sich frei ausdehnt und zusammenzieht und die Luft frei in alle Theile der Lunge eindringt, so sitzt das Hinderniss nicht im Kehlkopf. Einziehungen der Intercostalräume und vermindertes Vesiculärgeräusch in den unteren hinteren Lungenpartien beweisen den laryngealen Ursprung.

Wann soll die Sonde eingeführt werden? Dann, wenn die Larynxstenose so hochgradig ist, dass die Luft nicht länger frei in alle Lungentheile eindringen kann. Soll man auf die Cyanose warten? Keineswegs. Wann soll der zur Einführung benutzte Faden entfernt werden? Sobald als das Kind einmal inspirirt, und es sich zeigt, dass die Sonde ihre Position behält und vor Entfernung des Sperrers. Hat man den Faden entfernt, so drücke man, als letzte Sicherheit, den Kopf der Sonde in die Larynxtasche abwärts und, wenn das geschehen ist, entferne man den Sperrer. Die in dem Artikel empfohlene Haltung des Kindes kann nicht energisch genug betont werden. Was soll man, nachdem die Sonde eingeführt ist, dem Kinde als Medicin geben? Milch und Branntwein. LEFFERTS.

54) Störk (Wien). **Demonstration der zur Intubation des Larynx verwendeten Röhren.** *Anzeiger der K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien. No. 4. 1887.*

St. zeigt eine solche Röhre und die zur Einführung nöthige Zange und erwähnt, dass die Einführung und das Liegenlassen derselben auffallend leicht vertragen werden. CHIARI.

55) A. Caillé. **Bougirung des Larynx. Heilung. (Intubation of the larynx. Recovery.)** *New-York Medical Record. 19. März 1887.*

Im Anschluss an einen glücklich verlaufenen Fall (diphtheritischer Croup bei einem 5jährigen Mädchen) ertheilt der Autor folgende Rathschläge: 1. Die Bougirung soll in der Regel dann vorgenommen werden, wenn wirklich Cyanose eingetreten ist. Bei der Behandlung des „Croup" ist es wichtig, den rechten Moment für ein actives Eingreifen zu beurtheilen. 2. Der an der Röhre befestigte Faden soll so lang als möglich sein, damit man ihn fassen kann, bevor er ausser Sicht kommt für den Fall, dass die Röhre sich in den Oesophagus verirrt haben sollte. 3. Das Caliber der Sonde kann gross sein und man soll auf den Vortheil eines grossen Gewichts achten, indem man eine Sonde von hohem specifischem Gewicht nimmt, z. B. Platin, dessen specifisches Gewicht 21,5 ist; man erleichtert so die Expectoration der Pseudomembran. 4. Die Gefahr einer Lungenerkrankung durch den Eintritt von Fremdkörpern in den Larynx soll vermieden werden, indem man nach der Bougirung seine Zuflucht zur Rectalernährung oder zur Fütterung mittelst Schlundsonde nimmt. LEFFERTS.

56) Ino B. Wheeler. **Ein Fall von Bougirung des Larynx. (A case of intubation of the larynx.)** *New-York Med. Journal. 26. Februar 1887.*

Es handelt sich um einen Fall von membranösem Croup bei einem $3^1/_2$jähr. kräftigen Mädchen. Es wurde eine O'Dwyer'sche Sonde in den Larynx eingeführt, wodurch eine unmittelbare Hebung der Dyspnoe bewirkt wurde. An demselben Abend athmete das Kind geräuschvoll, als wenn viel Schleim in der Sonde wäre, ohne dass jedoch die Respiration gestört war. Um 10 Uhr Abends hatte es einen schweren Hustenanfall und „starb", nach dem Bericht der Mutter, „in ca. 2 Minuten an Erstickung".

Die Obduction wurde nicht gestattet. Als man jedoch die Sonde herauszog, fand man sie mit einem grossen Stück einer Pseudomembran verstopft, welche sich beinahe bis zur Spitze der Sonde erstreckte und noch $^1/_4$ Zoll vom unteren Ende herausragte. Auf diese Weise war der Luftweg so vollständig verschlossen, wie ein Obturator es gethan hätte.

Der Ausgang dieses Falles steht einzig da. Es werden zwar einige Fälle von Bougirung berichtet, darunter zwei von O'Dwyer, wo die Sonde mit einer Pseudomembran verstopft war. Aber in diesen Fällen wurde die Sonde sofort ausgehustet und dadurch die Erstickung verhütet, welche in obigem Fall einen so schlimmen Ausgang hatte. LEFFERTS.

57) A. E. Hoadley. **Tiefe Bougirung des Larynx als Ersatz für die Bougirung. (Deep tubing of the larynx, a substitute for intubation.)** *Journal Amerc. Med. Assoc. 26. März 1887.*

Der Autor hat O'Dwyer's Sonde modificirt, indem er sie bis zur Länge

des Larynx verkürzte und den Kopf mehr dem Inneren der oberen Partie des Organs ähnlich gestaltete. Ebenso gab er der oberen Fläche des Sondenkopfes eine leicht tassenförmige Gestalt, um die Einführung des „Extractor" zu erleichtern. Diese modificirte Sonde schiebt er tief abwärts in den Kehlkopf, d. h. unterhalb des Niveau's der Aryknorpel. Er hat neun Fälle in dieser Weise behandelt.

LEFFERTS.

58) **E. L. Partridge. Bougirung des Larynx. (Intubation of the larynx.)** *Arch. of Pediatrics. Philadelphia. März 1887.*

Die Arbeit betont einfach einige der Punkte, die von anderen Autoren empfohlen werden und liefert nichts Neues zu dem, was bereits gesagt und geschrieben wurde.

LEFFERTS.

59) **Isch-Wall. Bougirung des Kehlkopfs. (Tubage du larynx.)** *Progrès méd. 30. April 1886.*

Eine einfache kritische Besprechung.

E. J. MOURE.

60) **E. D. Ferguson. Ein Unfall bei der Tubage des Kehlkopfs. (An accident in intubation of the larynx.)** *New-York Medical Journal. 5. März 1887.*

Zur Hebung einer Larynxstenose bei Diphtherie wurde eine (O'Dwyer'sche) Sonde eingeführt. Als man jedoch beim zweiten Versuch den Pilot zurückzog, war die Respiration vollständig gestört. Das Zurückziehen der Sonde verursachte rücksichtlich der Inspiration sehr geringe Verbesserung, die Exspiration schien nahezu vollständig aufgehoben. Da man annahm, dass die Sonde abgewichen und vorwärts in die Pseudomembran gestossen sei und dadurch eine Verstopfung der unteren Oeffnung bewirkt wäre, dass ferner die losgelöste Membran wie ein Ventil den Raum unterhalb der Glottis abschloss, so wurde sofort die Tracheotomie vorgenommen und eine Canüle eingeführt, welche unmittelbar vollständige Besserung brachte.

LEFFERTS.

61) **Joseph Eichberg. Bougirung des Larynx wegen membranösen Croups. (Intubation of the larynx for membranous croup.)** *Cinc. Lancet-Clinic. 22. Jan. 1887.*

Der Autor berichtet in einer sehr interessanten Arbeit über seine Erfahrung mit der Bougirung in zwei Fällen, von denen der eine günstig, der andere ungünstig ablief, soweit die Erhaltung des Lebens des kleinen Patienten in Betracht kommt.

In dem ersten Fall wurde in Folge der Unwirksamkeit des „Retractor" die Intralaryngealsonde abwärts in die Trachea gestossen und musste mittelst der Tracheotomie entfernt werden.

LEFFERTS.

62) **X. Wiederaufnahme der Bougirung der Glottis beim Croup. (Résurrection du tubage de la glotte dans le croup.)** *Paris méd. 15. Januar 1887.*

Allgemeine kritische Besprechung. Reproduction eines in der Union médicale veröffentlichten Artikels.

E. J. MOURE.

63) **Chas. Denison. „Meine erste Bougirung des Larynx." („My first intubation of the larynx.")** *Journal Americ. Med. Assoc. 26. März 1887.*

Eine lange und nicht sehr interessante Erzählung. Indessen krönte der Erfolg des Autors ersten Fall.

LEFFERTS.

64) **A. van der Veer. Tubage des Kehlkopfs. (Intubation of the larynx.)** *Albany Med. Annals. Februar 1887.*

Ein interessantes und — für ein Referat — sehr werthvolles Resumé der Frage und der Vortheile der Bougirung, aus neuen Quellen gesammelt, gut geschrieben und lesenswerth. LEFFERTS.

65) **Bouchut. Bougirung des Larynx als Ersatz für die Tracheotomie bei der Asphyxie des Croup. (Tubage du larynx remplaçant la trachéotomie dans l'asphyxie du croup.)** *Paris méd. 26. März 1887.*

B. reproducirt die Notiz, welche er der Academie de Médicine de Paris 1858 über diesen Gegenstand mitgetheilt hatte. Er beschreibt und bildet das Instrument ab, welches er damals erfunden hatte. E. J. MOURE.

66) **X. Die Bougirung des Larynx als Ersatz der Tracheotomie. (Le tubage du larynx substitué à la trachéotomie.)** *Paris méd. No. 5. 29. Januar 1887.*

Es ist ein Resumé eines in der amerikanischen Therapeutic Gazette vom 15. März 1886 veröffentlichten Artikels. E. J. MOURE.

67) **J. A. Anderson. Bougirung und Tracheotomie. Eine vergleichende Studie nebst Bericht über 10 Fälle der ersteren und 22 der letzteren. (Intubation and tracheotomy. A comparation study with a report of 10 cases of the former and 22 of the latter.)** *Pacific Med. and Surg. Journal. März 1887.*

Verf. hatte nur eine Genesung unter 10 Fällen von Bougirung. Von den 22 Tracheotomien waren 18 wegen diphtheritischen Croups mit 7 Heilungen und 4 wegen membranösen Croups mit einer Heilung gemacht worden. LEFFERTS.

68) **Montgomery. Tracheotomie und Bougirung bei Diphtherie. (Tracheotomy and intubation in diphtheria.)** *Philadelphia Med. News. 5. März 1887.*

Der Autor betont die Wichtigkeit der frühzeitigen Tracheotomie, wenn es nöthig ist; aber er scheint die Bougirung vorzuziehen. Letztere hat er in 13 Fällen mit 6 Heilungen ausgeführt. Alle, ausser einem, ereigneten sich in der consultativen Praxis und einige waren bereits moribund als die Bougirung ausgeführt wurde. In keinem Fall trat der Tod früher als in 24 Stunden ein, und in allen war die Hebung der Dyspnoe eine schnelle und dauernde. Das jüngste Kind war 18 Monate alt und starb am 5. Tage an Krämpfen. Das jüngste, genesene Kind war 2 Jahre alt. In einem Fall von Genesung wurde einen Tag nach der Bougirung die Tracheotomie gemacht. Es wurde eine Sonde angewendet, die kleiner war als für dieses Alter angemessen war. Da die Dyspnoe wiederkehrte und die Röhre nicht in der Glottis war, so fürchtete man, dass sie in die Trachea hinabgeglitten wäre. Es zeigte sich, dass sie ausgehustet und verschluckt worden war; denn sie ging nach zwei Tagen per anum ab. Natürlich spricht dieser Fall nicht zu Gunsten der Tubage.

Montgomery glaubt, dass erstere das Bedürfniss nach der letzteren verdrängen wird. Ihre Vortheile sind folgende: Sie ist gefahrlos; verlangt kein Messer, keine Anästhesie. Die Nachbehandlung beansprucht keine geschickte Ueberwachung, da die Luft, bevor sie in die Trachea eintritt, durch die natürlichen Wege feucht und warm wird. Es kann ferner kein Schleim die Röhre anfüllen und die Gefahr secundärer entzündlicher Läsionen ist nicht so gross. Da

die Sonde nicht das Lumen der Trachea ausfüllt, werden die Membranen um dieselbe, nicht durch dieselbe ausgehustet und so wird die Gefahr der Verstopfung vermieden. [Vgl. dazu Referat 56 dieser Nummer. Red.] LEFFERTS.

69) **A. R. Jenkins. Bougirung des Larynx. (Intubation of the larynx.)** *New-York Med. Record. 22. Januar 1887.*

Besprechung und Kritisirung gewisser, in Northrup's Arbeit (Medical Record. 11. Dec. 1886.) [vide Centralblatt IV., S. 55] aufgestellter Punkte. LEFFERTS.

70) **Eichberg. Bougirung des Larynx. Sechs weitere Fälle. (Intubation of the larynx. Six additional cases.)** *Cincinnati Lancet-Clinical. 12. März 1887.*

Eine ausgedehntere eigene Erfahrung mit dieser Behandlungsweise hat die Ueberzeugung des Autors von deren Nützlichkeit nicht beeinträchtigt, auch seinen Enthusiasmus für dieselbe nicht abgeschwächt, obwohl der Procentsatz der Heilungen sich allmälig verringerte. Er hat im Ganzen über 8 Fälle mit 3 Heilungen berichtet. LEFFERTS.

71) **B. J. Shinwell. Operatives Eingreifen bei membranösen Krankheiten des Larynx. (Operative interference in membranous diseases of the larynx.)** *Med. Register. Philadelphia. 19. März 1887.*

Ein Plaidoyer zu Gunsten der Tubage des Larynx in der oben genannten Klasse von Fällen. LEFFERTS.

72) **Geo. W. Mason. Bougirung des Kehlkopfs. (Intubation of the larynx.)** *Philadelphia Med. News. 26. März 1887.*

Von den drei von Mason berichteten Fällen wurde nur einer, der zweite gerettet: kein ungünstiges Zeichen, wenn man den Charakter der Fälle betrachtet. Der erste starb wahrscheinlich an Ausbreitung der Membran auf die Lungen. Der dritte Fall war so ungünstig als möglich und das Endresultat war vorauszusehen. Aber auch in diesem Falle leistete die Bougirung Alles, was möglich war: sie verhütete den Tod durch Larynxstenose.

Es ist von Interesse zu bemerken, dass in zwei von diesen Fällen eine genügende laryngoscopische Untersuchung stattgefunden hat.

Fall 1 ist dadurch, dass man durch das allmälige Erscheinen der diphtheritischen Membran im Schlund und im Kehlkopf beobachten konnte, von Wichtigkeit für die Frage der Identität des membranösen Croups und der Diphtherie.

Fall 3 scheint, nachträglich betrachtet, derartig gewesen zu sein, dass die Membran zuerst in den Bronchialröhren sich bildete und dann aufwärts in den Larynx wanderte, also umgekehrt, wie es sonst üblich ist.

Mason erwähnt nach seinen früheren ungünstigen Resultaten mit der Tracheotomie und seiner bisherigen Erfahrung mit der Bougirung des Larynx folgende Punkte zu Gunsten der letzteren Operation:

1. Sie verlangt kein Schneiden und ist blutlos; daher:
2. willigen die Eltern und Freunde hierzu gern ein, während sie die Tracheotomie verweigern;
3. sie giebt einen stärkeren Procentsatz von Heilungen;
4. es tritt kein so empfindlicher Shock nach der Operation ein;

5. es liegt nicht die Gefahr einer Allgemeininfection vor, weil keine offene Wunde gesetzt wird;

6. es setzt die Lungen nicht einer Entzündung durch die Luft aus, die untauglich zur Athmung ist, weil sie nicht durch die oberen Luftwege gegangen ist;

7. sie schliesst eine nachfolgende Tracheotomie nicht aus. LEFFERTS.

73) L. H. Dunning. **Tubage des Larynx. Geschichte von 4 Fällen. (Intubation of the larynx. History of 4 cases.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 19. Febr. 1887.*

Alle Fälle betrafen junge Kinder. In zweien hatte die Bougirung Heilung gebracht, in den beiden anderen war sie erfolglos. In jedem Fall wurde sie unternommen, um die drohende Dyspnoe bei pseudomembranösem Croup zu beseitigen. LEFFERTS.

74) L. L. Palmer. **Catheterismus des Larynx. (Intubation of the larynx.)** *Canadian Practitioner. Januar 1887.*

Der Autor theilt seine Erfahrung bei einem unglücklich verlaufenen Fall mit. LEFFERTS.

75) F. E. Waxham. **Modificirte Bougirinstrumente. (Modified intubation instruments.)** *Journal Americ. Med. Assoc. 12. März 1887.*

Die Köpfe der O'Dwyer'schen Sonden werden kleiner gemacht, um die gewöhnlich vorkommenden Schluckbeschwerden, sobald die Sonde in Position ist, zu beseitigen. Ein Gummikragen um die Sonde verhütet das Hinabgleiten derselben in die Trachea; an dem Kragen ist eine künstliche Epiglottis (ein kleines Gummiläppchen) befestigt.

W. hat ferner den Munderweiterer modificirt und eine lange schmale Zange erfunden. Um Pseudomembranen zu entfernen, soll sie vorgeschoben werden und die intralaryngeale Sonde während der Einführung verschliessen (? Red.). LEFFERTS.

76) E. E. Montgomery. **O'Dwyer's Sonden für die Bougirung des Larynx. (O'Dwyer's tubes for intubation of the larynx.)** *Medical Register. Philadelphia. 16. März 1887.*

Eine Beschreibung der Instrumente und der Methode ihrer Anwendung, mitgetheilt vor einem ärztlichen Auditorium. Verf. hatte 53 pCt. Heilungen in den Fällen, in welchen er sie angewandt hatte. LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

77) Jacobson (Petersburg). **Zur Lehre vom Bau und der Function des M. thyreo-arytaenoideus beim Menschen.** *Archiv für microsc. Anatomie. Bd. XXIX. 1887.*

Die widersprechenden Ansichten der Anatomen über die Fascikelrichtung im M. thyreoarytaen., über ihre Insertion und ihr Verhältniss zum elastischen Gewebe des wahren Stimmbandes, sowie ein eigenthümlicher Fall von Stimmbandlähmung veranlassten den Verf. bei der Wichtigkeit dieser Dinge zu eingehenden anatomischen Untersuchungen. Da mit der groben Präparation nichts zu erreichen war, untersuchte J. die in Spiritus gehärteten und der Verhütung der Verkürzung des M. thyreoaryt. wegen vorher fixirten Kehlköpfe mikroscopisch. Auf verschiedene Weise eingebettete Präparate wurden entweder mit dem Rasirmesser oder dem Microtom geschnitten. Der Bau des M. thyreoaryt. ist sehr complicirt, da die

Bündel desselben nach verschiedenen Richtungen ziehen. Die am Proc. voc. und an der inneren Oberfläche des unteren Theiles der Cartil. arytaen. beginnenden Muskelbündel biegen sich allmälig nach innen zum freien Rande des Stimmbandes um und endigen in schräger Richtung mit einzelnen Gruppen von parallelen geradlinigen Fasern.

Die schrägen und Querbündeln des Muskels, welche, zwischen den Längsfascikeln hinlaufend, am Rande des Bandes inseriren, kommen in verschiedener Höhe desselben vor, beginnend von der Höhe der Ventr. Morg., d. h. parallel der unteren Wandung des Ventrikels zum inneren Rand des Bandes; aber auch auf der unteren Fläche des Bandes beim Uebergange in die Regio subglottica kommen sie vor. Mitunter sieht man, dass die Bündel, die sich an der unteren Wandung des Ventr. Morg. hinziehen, sich nach oben an dessen äusserer Wandung umbiegen und dann wieder nach unten und innen zurückbiegen, indem sie sich im Taschenband verbreiten und auf diese Weise das blinde Ende des Ventrikels halbkreisförmig umgeben. Oft inseriren sich die schiefen und queren Bündel nur an dem Theile des Stimmbandes, welcher unmittelbar vor der Spitze des Proc. vocalis liegt, man kann sie in querer Richtung bis zum Schildknorpel verfolgen; auch eine Kreuzung der schrägen Bündel am äusseren Rande des Proc. vocal. kommt vor. J. glaubt nun, dass die queren und schiefen Bündel, welche vom äussersten Rande des Proc. voc. von innen und vorn nach hinten und aussen verlaufen, bei ihrer Contraction zur Abduction der Giesskanne mithelfen, also erweiternd auf die Stimmritze wirken. Die Details des klinisch beobachteten Falles sind im Original nachzulesen. SCHECH.

78) **Adolf Schrötter** (Wien). **Zur Hydrotherapie der Laryngitiden.** *Internationale klinische Rundschau. No. 25. 1887.*

Durch Einpackungen in feuchte Tücher während $1/2$ bis 1 Stunde mit darauffolgender Abreibung mittelst eines in 10gradiges Wasser getauchten und gut ausgewundenen Leintuches konnten etwa 20 laryngostenotische Anfälle bei einem an Diphtherie erkrankten 3jährigen Mädchen coupirt werden. Später wurden nur kalte Umschläge auf den Hals angewendet. Sch. glaubt, dass die hydro-therapeutische Behandlung die Parese der Glottiserweiterer beseitige und fordert zu einschlägigen Versuchen auf. CHIARI.

79) **P. Massucci** (Neapel). **Beitrag zur Aetiologie und Therapie des acuten Oedems der Schleimhaut der Aryknorpel. (Contributo alla etiologia e terapia dell' edema acuto della mucosa delle aritenoidi.)** *Giornale internazionale delle scienze mediche. Fasc. V. 1887.*

M. glaubt, dass 60—70 pCt. der Affectionen des Pharynx, Larynx und der Trachea rheumatischen Einflüssen ihre Entstehung verdanken. Ob die Natur des „Rheuma" auf einem Virus oder auf der Invasion von Bacterien beruhe, lässt er dahingestellt. Er erzählt einen Fall, in welchem Kehlkopfoedem eintrat, nachdem der Patient Tags zuvor bei feuchtkaltem Wetter längere Zeit mit einem Bekannten auf der Strasse sich unterhalten hatte. Die Symptome milderten sich nach 3 Stunden auf die innerliche und äusserliche Anwendung von Schnee und verschwanden bald ganz. Eine zurückbleibende leichte Laryngitis wurde durch Tanninglycerinpinselungen beseitigt. KURZ.

80) **Massei** (Neapel). **Berichtigung.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 2. 1887.*

Behauptung der Priorität von Seite M. gegen Fasano, das primäre Kehlkopferysipel betreffend. Die von F. angegebenen Bacterienbefunde seien unzuverlässig, da die Untersuchungen von einem Gelehrten herrührten, der sich anerkanntermassen nie die elementarsten Kenntnisse der Bacteriologie angeeignet habe. SCHECH.

81) **v. Brunn** (Lippspringe). **Zur Therapie der Larynxtuberculose.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 19. S. 404. 1887.*

v. B. bestätigt die gute Wirkung der Milchsäure und des Menthols gegen Larynxtuberculose und individualisirt derart, dass er bei kräftigen und torpideren Individuen die Milchsäure, dagegen bei zarten und nervös reizbaren Naturen das Menthol in Anwendung zieht, welch' letzteres Mittel noch gelegentlich an Stelle der Milchsäure gesetzt wurde, wenn diese in von vornherein dazu geeigneten Fällen doch nicht gut vertragen wurde. B. FRAENKEL.

82) **W. Wróblewski** (Warschau). **Drei Fälle von Vernarbung tuberculöser Larynxgeschwüre. (Trzy przypadki wygojenia owrzodneci gruzliezych krtani.)** *Medycyna. No. 11. 1887.*

Verf., Assistent an der Abtheilung für Halskranke im St. Rochus-Spital, berichtet über die Resultate derjenigen Fälle von Larynxphthise, die er persönlich behandelt. Es wurden im Jahre 1886 in der Abtheilung des Ref. über 100 Larynxphthisen beobachtet und behandelt und wurden in 18 Fällen Vernarbungen erzielt, die an einer anderen Stelle publicirt werden sollen. — In den 3 Fällen, über welche W. berichtet, wurden angewandt Cocaïn und Milchsäurepinselungen; sie betreffen drei Männer im Alter von 19, 40 und 35 Jahren. Bei Allen waren ausgebreitete Geschwüre sowohl der Stimmbänder wie der hinteren Larynxwand zu constatiren, welche verheilten. In einem Falle ausgebreitete Ulcerationen der hinteren Larynxwand, der Aryknorpel, der Stimmbänder und des ganzen Kehldeckels, der infiltrirt und mit leicht blutenden Granulationen bedeckt war. In diesem Falle sind nach 16 Einreibungen mit Milchsäure alle Geschwüre im Larynx verheilt. Die Heilung dauerte in diesem Falle drei Monate. In den übrigen 2 Fällen sind nach einigen Monaten Recidive eingetreten, die eine schlechte Prognose geben. Alle drei Patienten hatten Infiltrationen in den Lungen und Bacillen im Auswurf. In einem Falle wurde vom Ref. ein tiefes Geschwür der hinteren Larynxwand mit der Curette behandelt und dadurch die Heilung bedeutend beschleunigt. W. betont die Wichtigkeit der Technik der Einreibungen und legt Nachdruck darauf, dass die Heilungen in der Abtheilung des Ref. nicht ausschliesslich durch Milchsäure erlangt werden, sondern dass solche auch durch Anwendung anderer Mittel und Methoden, als Chromsäureätzungen, Cauterisationen mit Zincum muriaticum (an Silbersonden angeschmolzen), durch Pinselungen von ätherischen Jodoformlösungen, vorwiegend durch die Combination dieser Mittel mit der chirurgischen Behandlung, nämlich: Incisionen, Scarificationen und Curettement bei fortwährender Beobachtung und Kräftigung der Ernährung erzielt wurden. — Er bespricht ferner die Häufigkeit der Recidive, denen die locale Methode nur dann abhelfen

kann, wenn die Ernährung gehoben und die Kranken unter fortwährender ärztlicher Beobachtung sich befinden.

Grosse Vesicantien auf den Hals, im Anfangsstadium der Infiltrationen, haben sich dem Verf. als nützlich erwiesen. T. HERING.

83) **Schnitzler** (Wien). **Ueber Combination von Syphilis und Tuberculose des Kehlkopfes und die Umwandlung syphilitischer Geschwüre in tuberculöse.** Vortrag auf der 59. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Berlin. *Internationale klin. Rundschau. No. 3 u. 8. 1887.*

Schn. erwähnt zunächst eines Falles, bei dem zuerst ein syphilitisches Geschwür der Epiglottis heilte, später aber dann die Narbe wieder aufbrach, und wo sich nach und nach im ganzen Kehlkopfe typische tuberculöse Geschwüre entwickelten. Die Section des $1\frac{1}{2}$ Jahre nach dem Beginn der Erkrankung gestorbenen Mannes ergab nur Tuberculose der Lungen, des Kehlkopfes, des Rachens und der Haut um den After herum. Schn. hält hier den Uebergang syphilitischer Geschwüre in Tuberculose für sehr wahrscheinlich.

Ausserdem sah er öfters, dass zur Kehlkopftuberculose disponirte Individuen viel heftiger an Kehlkopfsyphilis erkrankten als früher gesunde.

Endlich betont Schn., dass deutlich syphilitische und tuberculöse Geschwüre nebeneinander im Kehlkopf vorkommen können und citirt einen Fall, bei dem selbst Rokitansky eine Combination beider Formen für wahrscheinlich hielt. Die Differentialdiagnose kann eben dann ganz besondere Schwierigkeiten darbieten.

Der Vortrag enthält ausserdem noch viele Hinweise auf andere Fälle, welche im Originale nachzulesen sind. CHIARI.

84) **L. Grünwald. Ueber Combination von Syphilis und Tuberculose im Larynx.** Dissertation. Finsterlin. München. — *Münchener med. Wochenschrift. 1887.*

Combinationen von Syphilis und Tuberculose im Larynx gehören nicht zu den ausserordentlichen Seltenheiten. Da die Diagnose solcher Fälle oft ungemein schwierig ist, so erscheint es nöthig, nicht nur den ganzen Menschen auf das Genaueste zu untersuchen, sondern auch die Erscheinungen einer jeden der genannten Dyscrasien im Larynx genau festzustellen. Unter den tuberculösen Erkrankungen des Larynx ist eine der häufigsten und prägnantesten die Affection der Hinterwand resp. Regio interarytaenoidea. Die dort vorkommenden Zapfen und Zacken, polypoide Excrescenzen, deren Vorkommen und Bedeutung G. ausführlicher schildert, hält G. theils auf Grund klinischer, theils pathologischer Untersuchungen charakteristisch für Tuberculose. Dass man sie in Leichen seltener findet, hat darin seinen Grund, dass sie mit dem Fortschreiten der Krankheit zu Grunde gehen. Histologisch haben die Granulationen der Hinterwand die grösste Aehnlichkeit mit entzündlichem später zu Schrumpfung führendem Gewebe. Tuberkel oder Tuberkelbacillen kommen in denselben niemals vor. Das Fehlen der Granulationen spricht jedoch nicht gegen Tuberculose. Die Differentialdiagnose zwischen Tuberculose und anderen Affectionen ist im Original nachzulesen. Die Syphilis befällt mit Vorliebe den Kehldeckel, sie macht mehr Abrasionen als Neubildungen oder Wucherungen; finden sich neben frischen Ulcerationen Narben, so ist die Diagnose Syphilis sicher, da trotz Milchsäure Hei-

lungen tiefgehender tuberculöser Ulcera immer noch zu den Raritäten gehören. G. kommt zu dem Schlusse: Findet man in einem Kehlkopfe neben deutlichen, womöglich strahligen Narben fortschreitende Destruction, namentlich auf der Zungenfläche des Kehldeckels, findet man ausserdem papilloide oder auch grössere Tumoren der Hinterwand, welche eine Tendenz zum Wachsthum zeigen, event. nach der Entfernung sich erneuern, so ist die Diagnose combinirter Syphilis und Tuberculose des Kehlkopfs gesichert. Den Schluss der sehr lesenswerthen Abhandlung bilden die mit Zeichnungen versehenen ausführlicheren Krankengeschichten hierher gehörigen Fälle. SCHECH.

85) **Fischer** (Meran-Gleichenberg). **Ueber einige seltenere Fälle von Larynxerkrankungen.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 17 u. 18. 1887.*

I. Beiträge zur circumscripten Gummabildung am Larynx.

In einem Falle sass der nahezu kirschengrosse Tumor an der hinteren Larynxwand, und im zweiten waren 2 Gummata vorhanden von ca. Erbsengrösse. In beiden Fällen erfolgte völlige Rückbildung dieser Gummata und der noch vorhandenen Geschwüre an anderen Stellen des Larynx unter antiluetischer Behandlung. Tuberculose war in beiden Fällen auszuschliessen, inveterirte Syphilis dagegen sicher nachzuweisen. Heiserkeit und Dyspnoe waren beide Male vorhanden. CHIARI.

86) **E. Jacob** (Leeds). **Hyperplastische syphilitische Laryngitis. (Hyperplastic syphilitic laryngitis.)** *Brit. Med. Journal. 19. Februar 1887.*

Im Auftrage J.'s zeigte der Referent der Pathol. Society of London am 15. Februar 1887 Photographien und mikroskopische Präparate von einem Falle subchordaler, hyperplastischer, nicht ulcerirender Laryngitis bei einem an congenitaler Syphilis leidenden 5monatlichen Kinde. Unterhalb der Stimmbänder ragten an beiden Seiten tumorähnliche, ziemlich scharf begrenzte Schwellungen dermassen ins Innere des Kehlkopfs, dass auf die Distanz von $^3/_4$" (englisch) das Lumen der Luftwege auf einen engen Spalt reducirt war. Die Tracheotomie hatte das Leben des Kindes nicht zu retten vermocht. (Bei der Autopsie fand sich ausserdem lobuläre Pneumonie und interstitielle Hepatitis). Mikroskopisch zeigte es sich, dass die Schwellung der Schleimhaut durch interstitielle Bindegewebswucherung, Hypertrophie des Drüsengewebes und bedeutende Gefässerweiterung zu Stande gebracht war. In seinen Bemerkungen verweilt J. hauptsächlich bei der Localisation der Schwellung und dem Fehlen von Ulceration, zwei Umstände, welche den Fall von den sonst ähnlichen, im XXXI. Bande der Trans. of the Path. Soc. veröffentlichten Fällen Semon's unterscheide. SEMON.

87) **Christopher Lewis** (Birmingham). **Klinische Beobachtungen über Syphilis des Larynx. (Clinical observations on syphilis of the larnx.)** *Birmingham Medical Review. März 1887.*

Eine sehr lesenswerthe und für den Specialisten interessante Abhandlung. Wir finden einige interessante Fälle berichtet, z. B. Paralyse eines Stimmbandes bei einem 8jährigen Mädchen, welches das Opfer secundärer (erworbener) Syphilis wurde. Paralyse des rechten Stimmbandes nebst einem ähnlichen Zustand des rechten Augenlids etc. Der Artikel ist zum Auszug nicht geeignet, verdient aber sehr, im Original gelesen zu werden. P. M'BRIDE.

88) Discussion über **Perichondritis laryngea syphilitica** in der Gesellschaft der Charité-Aerzte zu Berlin am 20. Januar 1887. *Berl. klin. Wochenschr. No. 24. S. 439. 1887.*

Im Anschluss an einen Vortrag Lewin's, der ausführlich in den Charité-Annalen erscheinen wird, fand eine längere Discussion über Perichondritis laryngea statt. Zunächst demonstrirte B. Fränkel ein Präparat, das sämmtliche Knorpel des Kehlkopfs mehr oder minder necrotisch zeigt. Insonderheit ist die Platte des Ringknorpels in einen dünnen Sequester verwandelt, der in einer sehr derben bindegewebigen Lade steckt. Die Epiglottis ist in einen kleinen derben Stumpf verwandelt. Totale Verwachsung des Velum mit der hinteren Rachenwand. Im Leben hatte der Kranke Stridor und Ventilgeräusch gezeigt. Letzteres rührte von einem grossen Tumor der Epiglottis her, der in die Rima angesaugt wurde. Als derselbe entfernt worden war, zeigten sich die Stimmbänder in Juxtaposition. Letztere erklärt Fr. für eine mechanische Folge des Verlustes des Ansatzes der Postici am Ringknorpel und nicht für eine Lähmung der Nerven. Die Postici sind fettig degenerirt.

Gerhardt nimmt Perichondritis an, wenn an einer der Seitenwände des Larynx eine starke Schwellung mit beträchtlicher Röthung der Theile ist, namentlich das Taschenband stark hervorragt, unter Umständen, die eine Perichondritis erwarten lassen (z. B. Lues, Abdominaltyphus und dergl.), wenn dabei Fieber besteht und Dyspnoe, eine Immobilität der Stimmbänder, die nicht eigentlich als Lähmung gedeutet werden kann. G. berichtet Fälle über Decubitalperichondritis der Ringknorpelplatte bei Erkrankungen der Halswirbelsäule, z. B. Caries oder Carcinom.

Krause erwähnt eines Falles, in welchem in Folge von Perichondritis syphilitica wegen Oedems die Tracheotomie gemacht werden musste. Es fand sich eine so erhebliche Zerstörung der Knorpel, dass die halbseitige Exstirpation gemacht wurde, an welcher der Kranke zu Grunde ging.

Im Uebrigen bewegt sich die Discussion um die Frage, wie die in solchen Fällen beobachtete Juxtaposition der Stimmbänder zu deuten sei, ob die Typhus-Perichondritis von Decubitalgeschwüren aus entstehe, und ob die Syphilis-Perichondritis anatomische Kennzeichen habe. B. FRAENKEL.

89) **v. Schrötter. Ueber die Operation eines selteneren Kehlkopfpolypen.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 3. 1887.*

Grosser vom rechten Sinus Morgagni ausgehender, bei der Inspiration unter die Glottis herabsinkender und bei der Respiration ein ventilartiges Geräusch erzeugender Tumor. Derselbe wurde mit der galvanocaustischen Schlinge entfernt und musste als fibröser mit adenoidem Gewebe durchsetzter Polyp bezeichnet werden. Nach Entfernung des Tumors bestand ein Klaffen der Glottis, wahrscheinlich durch Schwund der oberflächlichen Theile resp. Atrophie des M. thyreoaryt. int. bedingt. SCHECH.

90) **Massei (Neapel). Ueber einen Fall von Kehlkopfpapillom. (Sopra un caso di papilloma laringeo. Lezione stenografata dal Prof. Enrico Bottazzi.)** *Bollettino delle malattie dell'orecchio etc. No. 2. 1887.*

Hübsche Vorlesung, in der die Diagnose und Behandlung der Papillome besprochen wird. Die consequente endolaryngeale Behandlung führt nach M. bei

diesen sehr zu Recidiven geneigten Neoplasmen fast immer zum Ziel; nur einmal war er genöthigt, die Tracheotomie zu machen, nach welcher die Vegetationen im Verlauf eines Jahres „auf wunderbare Weise“ verschwanden. KURZ.

91) **Gaughofner** (Prag). **Demonstration eines Kehlkopfes mit multipler Papillombildung.** Sitzung des Vereins deutscher Aerzte in Prag vom 4. März 1887. *Prager med. Wochenschrift. No. 10. 1887.*

Bei dem 4jährigen Kinde hatten sich 4 Monate nach Morbilli und Pertussis ausgebreitete Papillome des Larynx entwickelt, so dass G. glaubt, dass die heftige Larynxentzündung und Reizung bei diesen beiden Krankheiten die Veranlassung zur Papillombildung gewesen sei. Das Kind starb 14 Stunden nach der Tracheotomie, nachdem es durch 6 Tage vorher an heftiger Dyspnoe gelitten hatte; die Section ergab zahlreiche lobuläre pneumonische Herde. CHIARI.

92) **Alexander W. Mc Coy. Der Galvanocauter zur Behandlung des Papilloms des Kehlkopfes. (The galvano-cautery in the treatment of papilloma of the larynx.)** *Philadelphia Med. News. 1. Januar 1887.*

Die grossen Fortschritte, welche in jüngster Zeit in den galvanocaustischen Handgriffen, Electroden und Batterien gemacht wurden, zugleich mit dem Erscheinen des Cocain als Anästheticum des Larynx haben, nach Ansicht des Autors, „die Zeit reifen lassen“ für eine erfolgreiche Anwendung des Galvanocauters beim Larynx, da alle nothwendigen Bedingungen für den glücklichen Erfolg vorhanden sind. Mit diesem Instrument sah er seine grössten Erwartungen befriedigt, nicht nur, dass die papillomatösen Massen rapide verschwinden, sondern das Verhalten des Tumors verändert sich rücksichtlich seiner sonstigen Neigung zu recidiviren. Er behauptet, dass gute Resultate nur dann erzielt werden, wenn die Electrode so gestaltet ist, dass sie in das Herz oder die Basis der Masse eindringen und eine Zerstörung der nutritiven und vasculären Elemente des Papilloms bewirken kann. Sie muss auch in Weissglühhitze angewendet werden. Verf. beschreibt gewisse von ihm gemachte Verbesserungen an dem galvanocaustischen Handgriff und einer feinspitzigen Electrode, auch giebt er practische Anweisungen zu ihrem Gebrauch. Der Artikel schliesst mit den klinischen Details eines Falles, welcher, nachdem andere Mittel, wie Guillotine, Schlinge, Zange etc. versagt hatten, durch den Galvanocauter glücklich geheilt wurde. LEFFERTS.

93) **L. Rousseau** (Brüssel). **Infrachordales Kehlkopfpapillom. (Papillome sousglottique du larynx.)** *La Clinique. No. 20. 1887.*

Ein weicher gestielter Tumor von der unteren Seite des linken Stimmbandes ausgehend und entfernt mit dem Störk'schen Schlingenträger. BAYER.

94) **Fischer** (Meran-Gleichenberg). **Fall von Cyste (Dermoidcyste?) am linken wahren Stimmbande.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 18. 1887.*

Bei einem 20jährigen Kantor bestand seit 2 Wochen Heiserkeit; F. fand am Rande des linken Stimmbandes eine hanfkorngrosse, schmutzig-gelbe Anschwellung, welche er mit dem Messer einschnitt, ohne aber einen Inhalt entleeren zu können. Am nächsten Tage war aber der Tumor verschwunden, so dass man ein allmäliges Aussickern der Flüssigkeit annehmen musste. Aetzungen mit Lapis beseitigten die noch bestehende leichte Verdickung an der Operationsstelle. Die Stimme wurde rein und klangvoll. CHIARI.

95) **W. Wróblewski** (Warschau). **Granuloma laryngis, operirt mit der Curette. (Ziarniniak krtanni usuniety za pozzuca ostrej lyzeczki.)** *Medycyna. No. 22. 1887.*

Ein 29jähriger, stark abgemagerter Mann wurde in die Abtheilung des Ref. im St. Rochus-Hospital wegen hochgradiger Dyspnoe aufgenommen.

W. fand bei der Untersuchung beide Nasenhälften mit einer härtlichen Neubildung ausgefüllt, deshalb stark verengt. Fast vollkommene Verwachsung der hinteren Choanen mit Hinterlassung einer ganz kleinen Oeffnung. Die Untersuchung des Larynx ergab eine bedeutende Verdickung desselben, doch war derselbe verschiebbar und schmerzlos bei der Palpation.

Der Introitus ad laryngem war durch eine röthliche, körnige Neubildung, die von der inneren Fläche der Epiglottis ihren Ursprung nahm, klappenartig verdeckt, mit Hinterlassung einer ganz kleinen in der Nähe der Pars arytaenoid. gelegenen Oeffnung. Die Untersuchung mit der Sonde zeigte, dass die Neubildung mit beiden Lig. aryepiglotticae verwachsen war. Wegen bedeutender Dyspnoe wurde Pat. tracheotomirt. Einige Tage später entleerte sich durch die Canüle eine beträchtliche Quantität Eiter, dem Anfangs etwas Blut beigemischt war. W. constatirte, dass die Breitendimension des Larynx bedeutend abnahm und vermuthete, dass der Eiter aus einem perichondritischen Abscess der Cartilago thyreoidea, der sich nach der Trachéa geöffnet, seinen Ursprung nahm. Naah einigen Tagen, nachdem die Canüle eingeheilt war, schritt W. zur Entfernung der Neubildung im Larynx, spaltete dieselbe mit dem Kehlkopfmesser und versuchte sie mit der scharfen Kehlkopfzange zu operiren, doch ohne Erfolg. Er griff deshalb zur Hering'schen Curette und gelang es in 6 Sitzungen den ganzen Tumor vollständig zu entfernen. Die Ansatzstelle wurde einige Male mit Milchsäure geätzt und eine glatte Narbe erzielt. Nach einiger Zeit konnte die Canüle definitiv entfernt werden. Die Spiegeluntersuchung zeigte normale Stimmbänder, etwas verdickte Taschenbänder, leichte Schwellung des Lig. aryepiglott. dextr. Patient wurde nach einiger Zeit mit relativ guter Stimme und geheilter Trachealwunde entlassen. Die durch Dr. Prewirski angestellte mikroskopische Untersuchung der entfernten Neubildung ergab keinen definitiven Aufschluss über ihre Natur. Dieselbe bestand vorwiegend aus Granulationsgewebe mit spärlichen Blutgefässen. Das Epithel war stark verdickt, an einigen Stellen fanden sich grössere ovale und spindelförmige Zellen. Die bakteriologische Untersuchung ergab ein negatives Resultat. Weder Coccen noch Bacillen konnten aufgefunden werden. W. ist geneigt, den Process als chronische Perichondritis thyreoidea aufzufassen, die wahrscheinlich mit partieller Necrose gepaart nach dem Larynx aufgebrochen und endlich zur Granulationswucherung (die vielleicht von der Fistelöffnung ihren Ursprung nahm) geführt hatte. Lues und Tuberculose konnten ausgeschlossen werden. (Dieser Fall, welcher während der Abwesenheit des Referenten beobachtet wurde, erinnert in mancher Hinsicht an eine Beobachtung von Rhinosclerom, welches Referent vor 3 Jahren beobachtet, mit dem scharfen Löffel operirt, und wo bisher kein Recidiv in der Nase aufgetreten ist. Patient hatte diffuse Wucherungen in der Nase, Verwachsung der Choanen und diffuses Rhinosclerom im Larynx mit stenotischen Erscheinungen. Durch systematische Einführung der Schrötter'schen Röhren und Cauterisationen mit Chromsäure wurde

der Zustand gehoben und ist bisher kein Recidiv aufgetreten. Den scharfen Löffel benutzt Ref. seit ca. einem Jahre im Larynx bei weichen Geschwülsten und Papillomen mit gutem Erfolg.) HERING.

96) **Jelenffy** (Pest). **Der Vorfall des Morgagni'schen Ventrikels und seine Behandlung.** Vortrag in der Gesellschaft der Aerzte in Budapest am 21. Mai 1887. *Pester med. chir. Presse. No. 22. 1887.*

Die Ursache des Vorfalles sind gewöhnlich heftige Hustenstösse; Prolaps und Eversion sind nach J. nur graduell verschieden. Nur beiderseitiger Vorfall macht Athembeschwerden, einseitiger nur Heiserkeit. J. machte 1 Mal unter 4 beobachteten Fällen Einschnitte in den Vorfall und brachte ihn dadurch zum Schwinden; 1 Mal amputirte er den evertirten Prolaps fast völlig; 2 Mal liessen die Kranken die Operation nicht zu. An der Discussion betheiligte sich Professor Navratil. CHIARI.

97) **Grossmann** (Wien). **Ueber Lupus des Kehlkopfes, des harten und weichen Gaumens und des Pharynx.** *Medicinische Jahrbücher. No. IV. 1887.*

Nach kurzer Besprechung der Literatur und der relativen Häufigkeit des Kehlkopflupus giebt G. die Geschichte zwei einschlägiger Fälle.

In einem Falle konnte er den Beginn der Erkrankung im Kehlkopfe und Gaumen beobachten: es wurde nämlich beinahe die ganze Kehlkopfschleimhaut mit kleinen Granulationen dicht besetzt, so dass sie G. mit einer hochgradig trachomatösen Conjunctiva vergleicht. Im Gaumen spielten sich dieselben Erscheinungen ab; nach mehreren Wochen begannen die Knötchen zusammenzufliessen, theilweise zu ulceriren und später zu vernarben, während an anderen Stellen neue Eruptionen auftraten, so besonders ein grosser Wulst an der Interarytaenoidfalte. Die Therapie bestand in Milchsäurepinselung, deren Erfolg aber nicht besonders glänzend war. Der Ausgangspunkt des Lupus war der Rand von aufbrechenden Lymphdrüsen. Der zweite Fall bietet nichts Besonderes dar.

Hervorgehoben wird besonders der verhältnissmässige Mangel subjectiver Beschwerden und das Erhaltensein der Beweglichkeit der Aryknorpel und Stimmbänder bei bedeutenden Veränderungen an denselben, besonders im Vergleiche zu Carcinom. CHIARI.

98) **A. W. Orwin** (London). **Lupus des Kehlkopfs. (Lupus of the larynx.)** *Brit. Med. Journal. 1. Januar 1887.*

O. zeigte vor der Med. Society of London am 20. December 1886 eine Patientin mit primärem Kehlkopflupus. Colcott Fox demonstrirte ein Kind mit Lupus der Haut und der oberen Luftwege. In der Discussion stimmten Dr. Morell Mackenzie, Mr. Lennox Browne und der Referent darin überein, dass primärer Kehlkopflupus sehr selten, die Theilnahme des Kehlkopfs an allgemeinem Lupus hingegen weit häufiger sei, als im Allgemeinen geglaubt werde. Hinsichtlich der Behandlung verwies Ref. auf seinen gelegentlich der Besprechung des Clutton'schen Falles von Gaumentuberculose (Centralbl. II., S. 292) erwähnten, dauernd geheilten Fall. SEMON.

f. Schilddrüse.

99) **Waldeyer** (Berlin). **Beiträge zur Anatomie der Schilddrüse.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 14. S. 234. 1887.*

Die Gefässe, die zum Gehirn führen, Carotis und Vertebralis gehen durch enge knöcherne Canäle. Die Arteriae thyreoideae superior und inferior dienen als Regulirvorrichtungen, um diese Canäle vor zu starkem Blutandrang zu bewahren. Die Schilddrüse dient dabei gleichsam als Schwamm, wozu ihr Bau ganz besonders gut vorgerichtet ist. — Lymphoides Gewebe in irgendwie auffälliger Menge findet sich in der Schilddrüse nicht. Dieselbe ist reich an Nerven. B. FRAENKEL.

100) **Jul. Rich. Ewald** (Strassburg i. E.). **Versuche über die Function der Thyreoidea des Hundes.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 11. S. 177. 1887.*

Die Folgen der Exstirpation beider Schilddrüsen des Hundes hängen vom Fehlen der Schilddrüse und nicht von Nervenverletzungen ab. Sie bestehen in periodischen Muskelzuckungen vom dritten Tage ab, besonders am Temporalis und in wurmförmigen Bewegungen der Zungenmuskulatur, ferner in Apathie, einem üblen Geruch aus dem Maule und Schluckbeschwerden. Schliesslich erfolgt der Tod, der durch künstliche Ernährung nicht abgewendet werden kann. Schiff nimmt an, dass die Schilddrüse einen für das Centralnervensystem wichtigen Stoff bildet, den bei hinlänglicher Zeit auch ein anderes Organ bilden könne. Verf. fand, dass die Einspritzung von Schilddrüsensaft eines Hundes unter die Haut eines anderen häufig, aber nicht constant vorübergehende Hypnose erzeugen könne. B. FRAENKEL.

101) **Ribbert. Die neueren Beobachtungen über die Function der Schilddrüse und das Myxoedem.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 14. S. 286. 1887.*

Referirender Artikel. B. FRAENKEL.

102) **Rud. Virchow** (Berlin). **Ueber Myxoedema.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 8. S. 121. 1887.*

Es würde die Grenzen, die sich dieses Blatt gesteckt hat, überschreiten heissen, wollte man die Arbeiten über Myxoedem ausführlich referiren. Dagegen hat diese Krankheit durch ihre Beziehungen zur Schilddrüse und zur Cachexia strumipriva auch für unsere Specialität so viel Bedeutung gewonnen, dass es Ref. nicht unterlassen möchte, auch diejenigen Arbeiten über Myxoedem, die sich mit dieser Affection vom Standpunkt der allgemeinen Pathologie aus beschäftigen, wenigstens dem Titel nach anzuführen. Er möchte dies bei dem in der Ueberschrift genannten Aufsatz um so weniger unterlassen, als unser Altmeister Virchow darin in vortrefflichster Weise die neueren Arbeiten über den Gegenstand wiedergiebt, und sie mit dem über Cretinismus, Cachexia strumipriva und Basedow'scher Krankheit Bekannten vergleicht. Im Uebrigen muss auf das Original verwiesen werden.

Der Aufsatz Virchow's ist die Wiedergabe eines Vortrags in der Berliner med. Gesellschaft. In der an denselben geknüpften Discussion entspinnt sich eine Debatte über das Verhalten des zurückgebliebenen Schilddrüsenlappens nach der Partialresection. J. Wolff behauptet, dieser schrumpfe, während v. Bergmann dies bestreitet (Ibidem. S. 134.). B. FRAENKEL.

103) **Pryer** (Nottingham). **Myxoedem. (Myxoedema.)** *Brit. Med. Jour. 1. Jan. 1887.*

Ein typischer Fall von Myxoedem bei einer 57jährigen Frau. Anamnestisch: äusserst häufige Niederkünfte, Fehlgeburten und Blutverluste, sowie viel Sorgen und geistige Aufregung. A. E. GARROD.

104) **Nixon** (Dublin). **Ein Fall von Myxoedem. (A case of myxoedema.)** *Dublin Journal of the Medical Sciences. Januar 1887.*

Der Artikel wird hier nur erwähnt, weil er ein sehr vollständiges Resumé der neueren Ansichten über den Zusammenhang zwischen Myxoedem und dem Zustand der Schilddrüse enthält. M'BRIDE.

105) **J. Urquhart** (Aberdeen). **Ein Fall von Myxoedem. (Case of myxoedema.)** *Brit. Med. Journal. 8. Januar 1887.*

W. theilte der Aberdeener Section der Brit. Med. Association die Details der Autopsie eines Falles von Myxoedem mit, dessen bemerkenswerthere Symptome der Schwund der Schilddrüse und der Nebennierenkapsel waren. A. E. GARROD.

106) **Leopold Landau** (Berlin). **Ueber Myxoedema.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 11. S. 183. 1887.*

Mittheilungen eines Krankheitsfalles nebst Bemerkungen. Von einer Schilddrüse war nichts zu fühlen. Die vorderen Gaumenbögen weisslich, hautähnlich, verdickt, coulissenartig starr. B. FRAENKEL.

107) **W. Erb** (Heidelberg). **Ueber Myxoedem.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 3. S. 33. 1887.*

Zwei Fälle. Sprache langsam, Stimme rauh. Schilddrüse fehlt. B. FRAENKEL.

108) **Senator** (Berlin). **Ein Fall von Myxoedem.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 9. S. 154. 1887.*

Krankenvorstellung in der Berliner med. Gesellschaft. Die Patientin spricht mit ganz rauher, tiefer, etwas näselnder Bassstimme, und ausserdem ist ihre Sprache verlangsamt und monoton. Von einer Schilddrüse nichts zu finden.
B. FRAENKEL.

g. Oesophagus.

109) **Vincent. Congenitale Undurchgängigkeit des Oesophagus. (Imperforation de l'oesophage.)** *Soc. des sc. méd. de Lyon. 6. Jan. 1887. — Lyon méd. No. 12. 20. März 1887.*

Der Pharynx eines neugeborenen Kindes endete in einen Blindsack, und 15 Millimeter darunter endete der Oesophagus mit einer schmalen Spitze in der Trachea zwischen dem zweiten und dritten Ring. Die Milch wurde ohne Vermengung mit dem Magensaft regurgitirt. E. J. MOURE.

110) **Destrée. Die Physiologie der Deglutition und der Cardia und die Ergebnisse der Auscultation derselben. (La physiologie de la déglutition et du cardia et les données de l'auscultation de cet orifice stomacal.)** *Communication faite à la Société des sciences médicales. — La Clinique. 1887.*

Darlegung des heutigen Standpunktes in Bezug auf die Physiologie des Pharynx und des Oesophagus bei der Deglutition. Betreffs nun der Physiologie der Cardia, welche sich bei jedem Schluckact öffnet, so hat der Autor gefunden,

dass, da, wie bekannt, die Oeffnung und der Verschluss der Cardia ganz vom Pneumogastricus abhängt, die periphere Reizung des Pneumogastricus eine „forcirte Verschliessung der Cardia" bedingt, welche so lange anhält, als diese Reizung dauert und eben so schnell mit dem Aufhören des Reizes verschwindet.

Daraus erklärt er nun den Mechanismus einer Reihe von Phänomenen, welche bei der Deglutition vorkommen.

Bezüglich der Auscultation der Cardia ist der Autor zu folgenden Resultaten gelangt:

1. Das erste Geräusch (Durchspritzgeräusch) ist selten hörbar und zwar beinahe nur bei zu leichtem Erbrechen geneigten Personen und beim unstillbaren Erbrechen Tuberculöser.

2. Das zweite Geräusch (Durchpressgeräusch), normaliter 6 Secunden nach dem Beginn des Schluckactes gehört, wird etwas früher wahrgenommen bei Störungen der Digestionswege und hauptsächlich dann, wenn der Tonus der Magenmuskeln herabgesetzt ist.

3. Das zweite Geräusch ist verspätet und zwar sehr bedeutend in der Hysterie und besonders bei Herzaffectionen, insbesondere denjenigen des Endocardiums, erklärbar nur durch einen exagerirten Verschluss der Cardia und eine anormale Reizung des Pneumogastricus. Diese Verspätung manifestirt sich schon im Beginn der Endocarditis, wenn noch keine anderen Phänomene existiren. BAYER.

111) **E. Destrée. Schluckgeräusche. (Les bruits de la déglutition.)** *Journ. de Médec. de Chir. et de Pharmacologie. Déc. 1886. Janvier. No. 1 et 2, et Févr. No. 4. 1887.*

Detaillirte Ausführung des in „La Clinique" veröffentlichten Artikels. BAYER.

112) **Bettelheim. Ein Fall von Rumination.** *Centralbl. f. klin. Med. No. 4. 1887.*

Der Fall betrifft einen 59 Jahre alten Mann, der seit 4 Jahren wiederkaut; Patient glaubt durch häufiges Aufstossen, durch welches Speisen heraufbefördert werden, zu der üblen Gewohnheit gekommen zu sein; das zweite Kauen macht ihm mehr Vergnügen als das erste. Das Wiederkauen beginnt entweder sofort oder 3—6 Stunden nach der Mahlzeit und dauert 1 Stunde und darüber; je ruhiger er sich nach dem Essen verhält, um so später tritt das Ruminiren auf. Zuerst kommen die festen Speisen, dann die Getränke. Der Geschmack des Aufgestossenen ist gut, nur das zuletzt Heraufbeförderte ist sauer. Einige Autoren erwähnen, dass die Rumination mit Veränderungen am N. accessorius in Verbindung zu bringen sei; in dem mitgetheilten Falle zeigte sich in der That der rechte Cucullaris electrisch weniger erregbar. SCHECH.

113) **Quincke. Ueber Luftschlucken und Schluckgeräusche.** *Archiv für experiment. Path. u. Pharmacologie. Bd. 22. Heft 6. 1887.*

Anschliessend an einen ausführlicher mitgetheilten Fall von Broncho-oesophagal-Fistel in Folge verkäster Bronchialdrüsen bespricht Q. die Entstehung der Schluckgeräusche. Die Contraction des Oesophagus erfolgt sofort durch den Reiz des Bissens unabhängig von den Contractionen des weichen Gaumens und der Constrictoren. Damit ein Schluckgeräusch entstehe, muss dem geschluckten Bissen Luft beigemengt sein; Art und Grad der Magenfüllung beeinflussen jedoch

die Stärke und den Charakter des Schluckgeräusches. Dass das secundäre Schluckgeräusch bei den meisten Menschen gehört wird, beweist, dass in der Regel Luft mitgeschluckt wird; die Menge der geschluckten Luft ist eine zeitlich und individuell verschiedene, daher das Aufstossen nach dem Essen; auch beim Leerschlucken wird Luft mitgeschluckt, welche den Magen ausdehnt; besonders häufig ist dies bei Pharynxcatarrhen; das Mitschlucken von Luft in beschränktem Maasse ist eine normale Erscheinung. SCHECH.

II. Briefkasten.

Personalia.

Herr Dr. O. Chiari (Wien) ersucht uns, veranlasst durch die officielle Mittheilung des Bureaus der laryngologischen Section des bevorstehenden internationalen Congresses in Washington, in welcher er als „deutscher Secretair" aufgeführt ist (vgl. Centralblatt, dieser Jahrgang, S. 34), bekannt zu geben, dass er die Stellung eines solchen nicht angenommen habe.

Die Herren Gouguenheim und J. Moure sind zu correspondirenden Mitgliedern der American Laryngological Association erwählt worden. (Revue mens. de laryngologie. August 1887.)

Herr Baratoux ist von dem französischen Unterrichtsminister mit einer wissenschaftlichen Mission nach den Vereinigten Staaten und Canada betraut worden, deren specieller Zweck es ist, die laryngo-rhinologischen Universitätsverhältnisse beider Länder, sowie das in Frankreich äusserst seltene Heufieber zu studiren. (Revue mens. de laryngologie. August 1887.)

An der „Institution nationale des Sourds-Muets" in Paris ist eine officielle laryngologische Klinik errichtet, und Herr Dr. A. Ruault zum Dirigenten derselben ernannt worden. (Revue mens. de laryngologie. August 1887.)

Intubation des Kehlkopfs.

Bezugnehmend auf die sehr bedeutende Anzahl von hauptsächlich von amerikanischen Autoren herrührenden Publicationen über die O'Dwyer'sche Intubation des Kehlkopfs, welche unsere heutige Nummer bringt (vgl. S. 92 et seq.), geben wir der folgenden redactionellen Notiz des New-York Med. Journal gern Weiterverbreitung:

„Es wäre zu wünschen, dass sobald als möglich eine complete Statistik der Operation herausgegeben würde, besonders zum Nutzen unserer Collegen in Europa, wo die Procedur nicht viel benutzt worden ist. Nach den wenigen Bezugnahmen zu schliessen, die wir in europäischen medicinischen Journalen gefunden haben, scheint sie sogar nicht nur wenig verwendet, sondern sehr allgemein missverstanden worden zu sein.

Viele haben sie anscheinend mit der Bouchut'schen Procedur verwechselt, von der sie sich erheblich unterscheidet. In unserer eigenen Heimath ist sie sehr vernünftig behandelt worden, d. h. einerseits ohne ungünstiges Vorurtheil gegen sie, andererseits ohne jenen grossen Fluch aller Neuigkeiten: unberechtigten Enthusiasmus. Dieser glückliche Verlauf ist ohne Zweifel zum grossen Theile die Folge der anerkennenswerth gewissenhaften und bescheidenen Angaben O'Dwyer's bei allen Gelegenheiten, zu denen er über die Operation gesprochen oder geschrieben hat, sowie seiner grossen Bemühungen, sie zu vervollkommnen, ehe er über sie publicirte."

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang IV. Berlin, October. 1887. No. 4.

I. Referate.

a. Therapeutisches.

1) **H. P. Bowditch** (Boston). **Die Wirkung des Aethers auf das peripherische Nervensystem. (The action of sulphuric ether on the peripheral nervous system.)** *The International Journal of the Medical Sciences. April 1887.*

B. hat die Untersuchungen über die „Aetherwirkung" weiter verfolgt, die zuerst Hooper anstellte und welche später Semon und Horsley weiter ausführten: d. h. Experimente über die Eigenschaft des Aethers, bei Thieren, die unter seinem Einflusse stehen, auf elektrische Reize eine motorische Reaction zu erzeugen, die sich von der bei nicht anästhesirten Thieren erhaltenen unterscheidet. Die uns vorliegende Arbeit theilt hauptsächlich die Aetherwirkung auf das Bein des Frosches mit. Interessant für den Laryngologen ist jedoch die Behauptung, dass — soweit aus der Aetherwirkung geschlossen werden kann — die Verengerer des Larynx den Extensoren der Extremitäten und die Erweiterer den Flexoren entsprechen: eine Analogie, die der von Rosenbach behaupteten entgegengesetzt ist.

Am Schluss der Abhandlung erfahren wir, dass Hooper seine Experimente wieder aufgenommen und soweit geführt hat, dass er im Stande ist, die Untersuchungen von Semon und Horsley zu bestätigen.

Bevor wir dieses Referat beschliessen, halten wir es für recht, zu betonen, dass, obgleich Hooper zuerst auf die Erscheinungen der „Aetherwirkung" hingewiesen hat, dennoch Semon und Horsley die ersten waren, welche die volle physiologische Bedeutung dieser Facta erklärten. Ganz besonders ist dies der Fall mit Rücksicht auf die wichtige Beziehung dieser Resultate zu der grossen Frage der Wirkung der Anaesthetica. Dies wird in der Bowditch'schen Arbeit kaum klar genug gemacht.

B. fand ferner, dass Chloroform und Alcohol einen ähnlichen Effect erzeugen, wie Aether, jedoch nicht in so deutlicher Weise wie der Aether selbst.

P. M'BRIDE

2) **Spillmann** und **Parisot** (Nancy). **Der therapeutische Werth der rectalen Gasinjectionen von Kohlensäure und Schwefelwasserstoff bei der Lungentuberculose. (Valeur thérapeutique des injections gazeuses rectales d'acide carbonique et sulfhydrique dans la tuberculose pulmonaire.)** *Soc. de méd. de Nancy. 26. Jan. — Revue méd. de l'Est. No. 4. 15. Febr. 1887.*

L. und P. theilen zunächst die Resultate mit, welche Bergeon, Morel, Chantenesse etc. erhalten haben und die bereits in diesem Journal veröffentlicht sind. Nach ihrer eigenen Erfahrung betrachten die Verff. diese Behandlung nur als eine palliative, nicht als eine curative, und sie finden, dass die erhaltenen Resultate keineswegs die Beschwerden aufwiegen, welche die nebenbei noch schwierige Application dieses Mittels den Patienten verursacht.

In der Discussion macht Lallement ihnen den Vorwurf, dass sie eine viel zu kleine Quantität Schwefelwasserstoff injicirt hätten, um ein sicheres Urtheil zu gewinnen. E. J. MOURE.

3) **Spillmann** und **Parisot. Der therapeutische Werth der Gasinjectionen von Kohlensäure und Schwefelwasserstoff in's Rectum bei Lungentuberculose. (De la valeur thérapeutique des injections gazeuses rectales d'acide carbonique et sulfhydrique dans la tuberculose pulmonaire.)** *Journal des conn. méd. No. 4. 27. Jan. 1887.*

Die Verff. studirten am Cadaver die Höhe, bis zu welcher die injicirten Gase vordringen. Bei 4 Liter Gas erweitert sich der Dickdarm allein, darüber hinaus entsteht eine Auflockerung der Darmwand.

Die Verff. kommen zu dem Schluss, dass die Methode von Bergeon vielleicht palliativ, aber nicht curativ wirkt. E. J. MOURE.

4) **X. Neue Behandlung der Affectionen der Luftwege. (Nouveau traitement des affections des voies respiratoires.)** *Le monit. thérapeut. No. 1. Jan. 1887.*

Es ist dies eine kritische Besprechung der Verfahren von Morel, Bergeon etc. E. J. MOURE.

5) **M. Dupont. Inhalationen und Injectionen von Kohlensäure. (Des inhalations et injections d'acide carbonique.)** *Bullet. génér. de thérapeutique. No. 1. 1887.*

Der Titel zeigt an, worum es sich handelt. E. J. MOURE.

6) **Pruvost. Resultate der Gasinjectionen. (Résultats fournis par les injections gazeuses.)** *Soc. méd. du VI. arrond. Paris.* Sitzung vom 27. October. — Compte rendu in *France méd. 8. Febr. 1887.*

P. meint, dass diese Klystiere die Oppression und die Expectoration vermindert hätten.

Foucart hat Diarrhoe beobachtet ohne Mässigung des Fiebers, der Temperatur und der Appetitlosigkeit.

Chantenesse glaubt nicht, dass das Wachsthum des Bacillus durch diese Behandlung beschränkt würde. E. J. MOURE.

7) **Desplat** (Lille). **Behandlung der Phthisis durch Gasklystiere. (Traitement de la phthisie par la méthode des lavements gazeuses.)** *Journal des sc. méd. de Lille. 17. Febr. 1887.*

Die erhaltenen Resultate sind für die Methode wenig günstig. Von 5 Kranken

starben drei, der vierte liegt im Sterben und dem fünften geht es besser, ohne dass es erwiesen ist, dass er der Behandlung seine Besserung verdankt.

D. meint, man müsse noch warten, um die Methode beurtheilen zu können.

E. J. MOURE.

8) **Hamon du Fougeray. Rectale Gasinjectionen bei Haemoptoë. (Des injections rectales gazeuses dans l'hémoptysie.)** *Gaz. des hôp. 12. Febr. 1887.*

Verf. hat gute Resultate erhalten, welche er mehr der injicirten Kohlensäure als dem Schwefelwasserstoff zuschreibt.

E. J. MOURE.

9) **O. Chiari** (Wien). **Ueber die Anwendung des Cocaïns bei der Behandlung der Krankheiten des Rachens, Kehlkopfes und der Nase.** *Wiener med. Wochenschr. No. 7, 8 u. 9. 1887.*

Uebersichtliche Zusammenstellung der eigenen und fremden Erfahrungen über dieses Thema.

Es wird besonders der Werth des Mittels als Anaestheticum und Analgeticum hervorgehoben und auch seine angiospastische Eigenschaft besprochen. Als Stypticum hat es geringere Bedeutung. Auch die Misserfolge und Vergiftungen sind mit Bezugnahme auf die Literatur erörtert.

AUTOREFERAT.

10) **Weinstein** (Wien). **Ueber Kawa-Kawa.** *Wiener med. Blätter. No. 26. 1887.*

W. verwendete zu seinen Versuchen das Kawa-Extract, welches ein Gemisch des α- und β-Harzes ist. Er constatirte die anaesthesirende Wirkung auf die Schleimhäute und die Cornea, während zugleich die Motilität und Reflexerregbarkeit herabgesetzt wurde.

Die anderen Versuche beziehen sich auf die narcotische und harntreibende Wirkung bei innerlicher Anwendung des Extractes zu 0,02 Grm. pro die fünfmal täglich.

CHIARI.

11) **Rieder. Ueber einen besonderen Fall von Jodismus acutus bei interner Darreichung von Jodkalium.** *Münchener med. Wochenschrift. No. 5. 1887.*

Bei einem Kranken mit Bleiintoxication erzeugte der innerliche Gebrauch des Jodkali keinen Schnupfen, sondern eine sehr starke doppelseitige mumpsartige Schwellung der Parotis mit Verringerung der Speichelsecretion und enormer Verdickung der Ober- und Unterlippe, Augenlider, Conjunctivitis; Jodexanthem fehlte, Herzschwäche sehr bedrohlich.

SCHECH.

12) **Seifert. Ueber Jodol.** *Münchener med. Wochenschrift. No. 4. 1887.*

Verf. versuchte nach dem Vorgange Lublinski's das Jodol hauptsächlich bei Larynxtuberculose. Da es nahezu geruch- und geschmacklos ist und local fast gar nicht reizt, so eignet es sich besonders in Pulverform zu Einblasungen rein oder mit gleichen Theilen Amylum; Verf. theilt einen damit behandelten Fall mit. — Weiter wendet Verf. das Jodol an bei Rhinitis atrophicans ebenfalls als Einblasung, nachdem die Nase 1—2 Stunden nach Gottstein tamponirt gewesen; auch die Mischformen von Rhinit. atroph. und hypertroph. sollen günstig beeinflusst werden. Ferner verwendet Verf. das Jodol als Desinficiens nach chirurgischen Eingriffen in der Nase, bei syphilitischen Geschwüren des Rachens, bei Ulcus molle, Bubonen und Stichelungen bei Acne. Auch bei Struma versuchte Verf. das Mittel innerlich in Pillenform (0,2 Jodol pro die).

SCHECH.

13) **Willy v. Schaewen. Ueber Jodol.** Inaugural-Dissertation. Würzburg. Bonitas-Bauer. 1887.

Aus der unter der Aegide von Docent Dr. Otto Seifert geschriebenen Dissertation möge hier Folgendes erwähnt werden. Praktisch wurde das Jodol zuerst von Mazzoni in Rom bei Schankergeschwüren und Entzündung der Inguinaldrüsen versucht; sodann versuchte man es bei Ulcerationen und Geschwüren der Haut, bei ulcerirenden Neubildungen der Schleimhäute, als Streupulver, sowie als Jodoläther und Jodoläthercollodium. Von Lublinski und Seifert wurde Jodol bei Krankheiten des Kehlkopfes nnd der Nase angewendet. In grösseren Dosen kann auch das Jodol giftig wirken; es wird sehr rasch resorbirt und kann Jod im Harn nachgewiesen werden. Verf. versuchte sodann die Resorptionsfähigkeit des Jodols von verschiedenen Organen aus zu prüfen. Von der äusseren Haut aus gelangt es nicht zur Resorption, wohl aber von der Schleimhaut der Nase, des Rachens und Kehlkopfes. Therapeutisch liess sich Jodol sehr gut verwenden bei Rhinitis atrophicans foetida, es hat eine Verminderung der Krustenbildung und Beseitigung des Foetors zur Folge, sowie bei Rhinit. atroph. sine foetore eine Beschränkung der Secretion, während auch bei Rhinitis hypertrophicans Verringerung des Secretes und Abschwellung der Schleimhaut zu constatiren war. Larynxtuberculose gelangt unter Jodolbehandlung zur Reinigung und Heilung. Auch von den erwähnten Schleimhäuten (Darm, Magen) aus wird Jodol resorbirt und im Harn nachgewiesen. Wahrscheinlich kommt nur das Jod nach Zersetzung des Jodols zur Aufnahme. Frische und granulirende Wunden sind der Resorption nicht sehr günstig. Im Vergleich zu Jodoform wird Jodol überhaupt weniger leicht resorbirt, ist deshalb auch weniger giftig und gefährlich. SCHECH.

14) **Cozzolino** (Neapel). **Neue Applicationen des Aethyl-Alcohols bei Nasen-, Rachen- und Kehlkopfaffectionen. Beitrag zur Anwendung des Aluminium acetico-tartaricum und des Alum. acetico-glycerato-tartaricum, sowie des Jodol oder Tetra-jodol bei den genannten Krankheiten. (Nuove applicazioni dell' alcool etilico nelle malattie della mucosa nasale, del cavo naso-faringea e laringee. Contribuzione all' uso locale dell' allumine aceto-tartarico e dell' allumine aceto-glicerato-tartarico e del jodolo o tetra-jodolo nelle stesse malattie.)** *Archivio ital. di Laringologia. Fasc. II. 1887.*

Der lange Titel zeigt hinlänglich, um was es sich handelt. KURZ.

15) **Seifert. Ueber Salol.** *Centralblatt für klin. Medicin. No. 14. 1887.*

S. empfiehlt das Salol namentlich als ein sehr wirksames Mundwasser bei den verschiedenen Ulcerationsprocessen in Mund und Rachen, ebenso in einem Falle von Diphtherie. Man verordnet eine spirituöse Lösung von 6,0 Salol zu 100,0 Alcohol und lässt davon einen Kaffeelöffel in ein Glas warmen Wassers schütten. — Weniger befriedigt war S. bei Anwendung des Salol in Pulverform, da es nicht auf der Schleimhaut haftet. SCHECH.

16) **Oetvös** (Pest). **Ueber die Anwendung des Xylol's bei Blattern.** Vortrag in der Gesellschaft der Aerzte in Budapest vom 22. Januar 1887. *Pester med. chir. Presse. No. 5. 1887.*

Oe. wendete das Xylol bei 315 schweren Fällen an und zwar tropfenweise

in etwas Wein, 6mal täglich; Erwachsene nahmen 2—3 Grm. täglich. Diese Medication begann mit dem Tage der Aufnahme und hatte ausser dem günstigen Einfluss auf schnelle Eintrocknung der Pusteln noch den Vortheil, dass die Hals- und Kehlkopf-, besonders aber die Schlingbeschwerden früh nachliessen. CHIARI.

17) **Stocquart** (Brüssel). **Das salzsaure Apomorphin als Localanaestheticum der Schleimhäute. Verwendung bei Affectionen der Mundschleimhaut. (Le chlorhydrate d'apomorphine comme anésthésique local des muqueuses: applications aux affections de la muqueuse buccale.)** *Archives mensuelles de Méd. et de Chir. Pratiques. No. 4. Janv. 1887.*

Der Verf. bediente sich zur localen Application einer 0,5procentigen Lösung salzsauren Apomorphins und fand dabei, dass die curativen Eigenschaften des Cocaïns und die des Apomorphins die gleichen seien. Das Apomorphin verdiene den Vorzug in der Armenpraxis und den Spitälern wegen seines niedrigeren Preises. BAYER.

18) **Stocquart** (Brüssel). **Das salzsaure Apomorphin. Fortsetzung. Anwendung bei schmerzhaften Affectionen der Digestivwege. (Le chlorhydrate d'apomorphine (suite). Applications aux affections douloureuses de la muqueuse du tube digestif.)** *Archives mensuelles de Méd. et de Chirur. Pratiques. No. 5 et 6. Févr. et Mars 1887.*

Auf Grund dreier sehr knapper Beobachtungen kommt Verf. zu dem Resultat: „dass das salzsaure Apomorphin eine schmerzstillende Action auf die Magenschleimhaut ausübe; jedoch sei die Wirkung eine geringe, wenig ausgesprochene und stehe der anderer Mittel nach". Aus dessen Darreichung bei einem Fall von Bleikolik schliesst er: „wie dem auch sein mag, das salzsaure Apomorphin verdient in Fällen von Bleikolik angewandt zu werden"! BAYER.

19) **Storch** (Kopenhagen). **Ueber Inhalation von salpetersaurem Silberoxyd zur Behandlung von verschiedenen Krankheiten der Luftwege. (Om Inhalation af salpetersurt Sölvilte til Behandling af forskellige Sygdomme i Luftveiene.)** *Hospitals-Tidende. 11. Mai 1887.*

Der Verf. empfiehlt eine Behandlungsweise gegen verschiedene Krankheiten der Luftwege, die darin besteht, dass man den Patienten die silberhaltigen Dämpfe einathmen lässt, die sich entwickeln, wenn eine Mischung von salpetersaurem Silberoxyd und salpetersaurem Ammoniak erhitzt wird. Diese Inhalationen werden gegen Catarrh der Nase und des Schlundkopfes sowohl als gegen Laryngitis und Bronchitis mit asthmatischen Beschwerden empfohlen.

Die Behandlungsweise stammt aus Christiania, wo sie von Bidenkap schon im Jahre 1874 beschrieben worden ist.

Discussion über Inhalation und Inhalationsapparate. (Vide: Die Verhandlungen der medicinischen Gesellschaft in Christiania.) Norsk Magazin for Laegevidenskaben. 1887.

Die von Storch oben beschriebene Behandlungsweise wird hier (gewiss mit Recht, Ref.) von Uckermann stark kritisirt. Die Applicationsweise und die Wirkung des Mittels ist zu wenig local, und was die Einwirkung auf die feineren Bronchialäste anbelangt, ist sie vollständig problematisch, weil das Mittel überhaupt nicht tief genug in die Lungen hineindringen kann. SCHMIEGELOW.

b. Nase und Nasenrachenraum.

20) **Schaus. Ueber Schiefstand der Nasenscheidewand.** *Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 35. Heft 1. 1887.*

S. beschäftigt sich hauptsächlich mit der Aetiologie. In den meisten Fällen von Schiefstand des Septum ist auch die äussere Nase schief; zuweilen kommt es vor, dass die äussere Nase ganz gerade ist und doch hochgradige Septumverbiegung besteht. Die Weite der Choanen fand S. bei Schiefstand des Septum in der Hälfte der Fälle verschieden. Schon Welcker machte auf gleichzeitige andere Veränderungen des Gesichtskelettes aufmerksam. S. fand, dass die Apertura pyriformis auf der Seite des verengten Nasengangs tiefer ausgeschnitten, die eine Orbita höher stand als die andere. Die wichtigsten Veränderungen bezogen sich auf das Gaumengewölbe und die Alveolarfortsätze des Oberkiefers; bei Septumdeviation findet sich ein sehr hohes Gaumengewölbe, während umgekehrt hoher Gaumen nicht unbedingt mit Septumdeviation verbunden ist. Die Oberkiefer sind ferner in ihrem vorderen Theile äusserst schmal, die Alveolarfortsätze spitzen sich nach vorne zu, der den Schneidezähnen entsprechende Theil des Alveolenbogens bildet nicht einen Kreisbogen, sondern einen Spitzbogen; die Schneidezähne schieben sich manchmal dachziegelartig übereinander und sind aus ihrer Reihe gedrängt; auch die beiden Hälften des Gaumens sind verschieden breit, auf der verengten Nasenseite ist der Gaumen schmäler und steigt steiler an. S. bezweifelt, dass mechanische Einwirkungen Schiefstand des Septum erzeugen können; auch erklärten sich aus keiner einzigen Theorie die Veränderungen des Kopfskelettes; das einseitige Schlafen sei belanglos. Die einzige mögliche Erklärung ist die, dass man die Formveränderungen zurückführt auf abnorme Wachsthumsvorgänge beim Aufbau des Gesichtskelettes. Die Zeit der zweiten Dentition, wo das Gaumengewölbe in die Höhe wächst, bedingt auch die Anomalien des Septum; das abnorm in die Höhe wachsende Gaumengewölbe drückt auf das Septum, welches sich biegen muss. Die speciellen Ursachen sind jedoch unbekannt, vielleicht spielt die Rachitis mit vorzeitiger Verknöcherung der Gaumennaht eine Hauptrolle.

SCHECH.

21) **Francke H. Bosworth. Deformitäten der Nasenscheidewand. Eine neue Operation zu ihrer Hebung nebst einer Analyse der Resultate derselben in 166 Fällen, welche neues Licht auf die Pathologie der Erkrankungen der oberen Luftwege und deren Einfluss auf die Entstehung der sogenannten Nasenreflexe wirft. (Deformities of the nasal septum. A new operation for their correction with an analysis of its results in 166 cases, as throwing new light on the pathology of diseases of the upper airtract and their influence in the production of the so-called nasal reflexes.)** Mit Abbildung. *New-York Med. Journ. 15. Januar 1887.*

Die Arbeit stützt sich auf die Analyse von 150 Fällen von Deviation der Nasenscheidewand, ein Zustand, welcher, nach dem Autor, wahrscheinlich die häufigste Ursache für die catarrhalischen Affectionen der oberen Luftwege abgiebt. Die Eintheilung dieser Deformitäten geschieht gewöhnlich nach der Richtung und

Ausdehnung des verbogenen Theils, mag der Knorpel allein oder Knorpel und Vomer zugleich betheiligt und horizontale oder verticale Knochenleisten vorhanden sein. Neben diesen echten Verkrümmungen giebt es aber andere Fälle von Missbildung, welche im wahren Sinne des Wortes keine Verbiegungen sind. Sie bestehen aus einer hervorragenden Leiste, welche der Suturallinie entlang läuft, und deren häufigste diejenige ist, welche sich längs der Verbindungslinie zwischen Vomer und Gaumenfortsatz des Oberkieferbeins erstreckt; der Frequenz nach bilden die zweite Reihe diejenigen Fälle, wo die Leiste sich entlang der Verbindung zwischen knorpeligem Septum und Vomer erstreckt und plötzlich an der Verbindung des oberen Randes des knorpeligen Septum mit dem verticalen Theil des Siebbeins endet. In der dritten Reihe von Fällen erstreckt sich die Leiste entlang dem ganzen vorderen Rande des Vomer, einschliesslich dessen Vereinigung mit dem knorpeligen Septum und der verticalen Platte des Siebbeins. Es besteht keine Einsenkung an der gegenüberliegenden Seite. Bisweilen existirt jedoch die Leiste auf beiden Seiten. Die gewöhnlichen Verbiegungen des Septum können leicht einem Trauma zugeschrieben werden, wenigstens in einer grossen Reihe von Fällen.

Die verschiedenen zur Ausgleichung der Verbiegungen der Nasenscheidewand von Blandin, Steele, Ingals und Jarvis ersonnenen Methoden werden von B. besprochen, welcher deren Unvollkommenheiten betont und zugleich eine Säge demonstrirt, die er construirt und welche ihm in mehr denn 150 Fällen, über welche er ein Register führt, grosse Erfolge gebracht hat. Das Instrument wird so dünn, als sich mit der Festigkeit verträgt, hergestellt: $^1/_8$″ breit, 5″ lang, mit einem schneidenden Rande von 3″. Auf jeden Zoll kommen 30 Zähne; jeder Zahn ist ein genaues gleichseitiges Dreieck; der Griff ist 3″ lang und in einem Winkel von 45° befestigt. Mit Hülfe von Cocain konnten die beschriebenen Deformitäten, ohne die geringsten Schmerzen zu verursachen, corrigirt werden. Man muss darauf achten, nicht krumm zu sägen; das Instrument muss vielmehr gerade gehalten und die Bewegungen so schnell als möglich ausgeführt werden. Es gab wenige Verkrümmungen der Nasenscheidewand, welche hiermit nicht behandelt werden konnten. Weder Eiterung noch Narbenbildung oder Blutung ist in Folge dieser Operation zu fürchten.

Die primäre Ursache des Nasenrachencatarrhs ist die Deformität des Septum, welche Stenose und hypertrophische Veränderungen in der Schleimhaut hervorruft. Die Deformität stört die normale Nasenathmung; mit jeder Inspiration wird der Theil der Nasenschleimhaut, welcher unmittelbar hinter dem Hinderniss liegt, einem verminderten atmosphärischen Druck unterworfen, welcher in den weichen, schwammigen, die Nasenmuscheln bedeckenden gefässreichen Geweben eine abnorme Schwellung erzeugt. Ist die Deviation mässig, so tritt diese Veränderung nur auf der Seite der Deviation auf; ist sie jedoch eine sehr hochgradige, so streicht die ganze eingeathmete Luft durch das entgegengesetzte Nasenloch und erzeugt eine chronische Hyperämie dieser Seite. Diese endet schliesslich in hypertrophischen Veränderungen; dann tritt Mundathmung ein, welche nicht eine fehlerhafte Angewohnheit ist, sondern das nothwendige Ergebniss der Nasenstenose. LEFFERTS.

22) **Broegeu** (Frankfurt a. M.). **Entstehung, Bedeutung und Behandlung der Verkrümmungen und kallösen Verdickungen der Nasenscheidewand.** *Wiener med. Presse. 1887.*

Diese für praktische Aerzte berechnete Studie bringt nicht viel Neues. Als Ursache glaubt B. Traumen annehmen zu müssen. weil kein anderer Vorgang die so verschiedenartige Form der Asymmetrie bedingen kann; andere Theorien fertigt er kurz ab. Die Behandlung besteht in Abmeisselung und Aetzung der Verdickungen mit Chromsäure; dieselbe soll in tieferen Partien der Nase nur 20 bis 40 pCt. stark sein. Diese combinirte Behandlung dauert lange, wirkt aber sicher. Die Folgen der Verkrümmung sind recht übersichtlich zusammengestellt. CHIARI.

23) **Wm. C. Jarvis. Ein neues Operationssystem behufs Beseitigung der Krümmungen der Nasenscheidewand mittelst eines electromotorischen Nasenbohrers; ein neuer Sprayerzeuger nebst erläuternden Fällen. (A novel system of operating for the correction of the deflected septum by means of an electric motor, nasal drills, and an original spray-producing device, with illustrative cases.)** *New-York Med. Record. 9. April 1887.*

Diese lange, mit Abbildungen versehene Arbeit enthält hauptsächlich eine Beschreibung von Instrumenten. Neu sind nur: die Anwendung des elektromotorichen Bohrers — in verbesserter Form — an Stelle des zahnärztlichen Drillbohrers, sowie anderer Mittel zum Treiben des intranasalen „Bohrers"; ferner der, nach dem Autor, zweckmässige, an dem Handgriff angebrachte, neu erfundene Sprayerzeuger, welcher es erleichtern soll, den Bohrer in Sicht zu halten. Er erfüllt diesen Zweck, indem er die wunden Gewebe mit reinigenden Flüssigkeiten besprüht, oder allein die Luftdouche wirken lässt, während der Bohrer in voller Thätigkeit ist. Die Kraft der comprimirten resp. mit Feuchtigkeit beladenen Luft dringt gegen den Schnitt und die blutenden Gewebe an und peitscht die Blutgerinnsel weit weg vom Operationsfeld.

Alle anderen Punkte betreffs der operativen Schritte sind bereits in anderen und früheren Schriften von demselben Autor mitgetheilt worden. LEFFERTS.

24) **F. Donaldson. Behandlung von Nasentumoren und -hypertrophieen. (Treatment of nasal growths and hypertrophies.)** *Virginia Med. Monthly. XIII. 538. 1886/87.*

Ein allgemeines Resumé der chirurgischen Behandlung der verschiedenen Hypertrophien und Neubildungen, welche bei den verschiedenen Formen des Nasencatarrhs gefunden wurden. Der Autor theilt in einer verständigen und concisen Weise die verschiedenen wohlbekannten, zur Zeit geübten Verfahren mit, bringt jedoch nichts Neues. LEFFERTS.

25) **J. M. Hull. Ein Fall von multiplen Polypen, welche Asthma verursachten mit Heu- und Rosenfieber, ausgezeichnet geheilt durch Abtragung von 46 Polypen. (A case of multiple polypi producing asthma with hay and rose fever signally relieved by the removal of 46 polypi.)** *Alabama Med. and Surg. Journ I. 384. Birmingham 1886.*

Der Titel beschreibt die Natur und das Resultat der Behandlung dieses Falles. LEFFERTS.

26) **Geo. B. Hope. Eine neue Polypenschlinge. (A new polypus snare.)** *New-York Med. Journal. 19. März 1887.*

Das Instrument ist eine Modification der Schrötter'schen Schlinge und hat gewisse Vortheile gegenüber der Jarvis'schen Schlinge. Zu der Ecraseurbewegung hat es noch eine Schraube. die an dem Daumenstück befestigt ist und den Operateur befähigt, härteres Gewebe, als dies durch die gewöhnlichen Manipulationen möglich ist, zu entfernen, desgleichen hypertrophisches Gewebe zu beseitigen, welches nicht reichlich genug ist, um in der Schlinge gefangen zu werden. Das Kopfstück ist flach und gestattet so eine dichte Annäherung an die Gewebe, und der Draht ist davor geschützt, zu tief in die Röhre hineingezogen zu werden, während bei der Jarvis'schen Schlinge es fast unmöglich ist, den Draht wieder vorzuziehen, ohne ihn überhaupt neu einzufädeln. LEFFERTS.

27) **Victor Lange** (Kopenhagen). **Zur Operation der Choanenpolypen.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 11. S. 213. 1887.*

Bei der Schwierigkeit, die der Anwendung der Zange oder der Schlinge bei Operationen von Nasenrachenpolypen häufig entgegenstehen, hat Verf. sich einen stumpfen Haken bei C. Nyrop construiren lassen, den er abbildet und dessen erfolgreiche Anwendung in drei mitgetheilten Fällen er folgendermassen beschreibt: Mit dem Zeigefinger der linken Hand wird vom Munde aus der Polyp fixirt und gegen die Choane hin gedrückt. Darauf wird das Instrument, den Haken nach unten gerichtet, von vorn durch die Nase eingeführt und auf den Hals der Geschwulst hinaufgebracht, indem man diesen von der oberen Seite angreift. Nun wird die Geschwulst nach vorn vorgezogen und abgerissen. B. FRAENKEL.

28) **Seifert. Ueber Myxofibrome der Choanen.** Sitzungsbericht der Würzburger physik.-med. Gesellschaft. 1887.

Operation eines solchen Tumors bei einem 19jährigen Mädchen; der Tumor war 5,5 Ctm. lang, von ihm ging ein zweiter langgestielter Tumor von 3,75 Ctm. ab von mehr transparentem Aussehen als der Haupttumor, der undurchsichtig und derb aussah; der wahrscheinliche Sitz des Tumors war die untere Fläche der unteren Muschel.

In Betreff der Eintheilung der Geschwülste der Nase in weiche Fibrome (Schleimpolypen), Papillome und polypoide Hyperplasien schliesst sich S. der Eintheilung Hopmann's und des Referenten an. SCHECH.

29) **L. Bayer** (Brüssel). **Ueber die Transformation von Schleimpolypen in bösartige (krebsige oder sarcomatöse) Tumoren.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 9. S. 174. 1887.*

Ausführliche Wiedergabe des Vortrags und der Demonstration in der laryngologischen Section der Naturforscherversammlung, über welche schon in der Januar-Nummer dieses Centralblattes (S. 266) berichtet ist. B. FRAENKEL.

30) **Scanes Spicer** (London). **Bösartiger Nasenpolyp. (Malignant polypus of the nose.)** *Brit. Med. Journal. 23. April 1887.*

Der mehr als lakonische Bericht des B. M. J. über S.'s am 1. April 1887 vor der West London Med.-Chirurg. Society gehaltenen Vortrag lautet wörtlich:

„Dr. S. S. berichtete den von ihm beobachteten Fall einer Frau mit bösartigem Nasenpolypen. — Mr. Bruce Clarke erwähnte, dass er kürzlich einen dem von Dr. Spicer berichteten ähnlichen Fall beobachtet habe. Der Polyp wurde mit der Zange entfernt; der Patient starb schliesslich und bei der Obduction wurde ein Abscess an der Basis des Gehirns gefunden. — Dr. Thudichum machte einige Bemerkungen.“ SEMON.

31) **Loumeau** (Bordeaux). **Primärer Tumor der Nasenhöhle. (Tumeur primitive des fosses nasales.)** *Société de méd. de Bordeaux. 1. April 1887.*

L. stellt einen Patienten vor, der einen malignen Tumor (Sarcom) hatte, welcher beide Nasenhöhlen ergriffen und sich in die Oberlippe fortgesetzt hatte.

In der Discussion erwähnten Boursier und Moure ähnliche Fälle und Ref. erwähnte die relative Häufigkeit dieser Neubildung und die Seltenheit von Recidiven, wenn man frühzeitig und vollständig operirt. E. J. MOURE.

32) **Max Schäffer** (Bremen) und **Dietrich Nasse** (Göttingen). **Tuberkelgeschwülste der Nase.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 15. S. 308. 1887.*

Tuberkelgeschwülste der Nase seien bisher nur von Riedel, 1878 (Deutsche Zeitschr. f. Chirurg., Bd. X), Tornwaldt, 1880 (Deutsch. Arch. f. klin. Med., Bd. XXVII), und Weichselbaum, 1881 (Allg. Wien. med. Ztg., No. 27 u. 28), beschrieben worden. Unter mehr als 450 Fällen von Nasentumoren sah S. 8mal diejenigen, die er jetzt beschreibt und die sich durch Entstehung, Sitz, Entwickelung, Verbreitung und Beschaffenheit auszeichnen. Die Geschwulstbildung ging vom Septum cartilagineum aus. Hier fanden sich einzelne Knoten und Knollen bis zu kleiner Wallnussgrösse, die, unter sich an der Basis verbunden, oft eine ziemlich grosse Fläche einnahmen. Ihre Oberfläche sah blass- bis dunkelroth, uneben, körnig, wie eine Himbeere aus. Nach der Entfernung der leicht blutenden, oberflächlich morschen und brüchigen Geschwülste zeigte sich die Septumschleimhaut defect, das Pericardium krank und bildete sich ein flaches Ulcus mit weichen wallartigen Rändern. Bei drei Patienten kam es zu einer Perforation des Septum. Noch weiter nach hinten war die Neigung zum Zerfall am Periost zu verfolgen. Erscheinungen von Lupusknötchen an der äusseren Haut oder der Nasenschleimhaut fehlten. Anamnestisch war nie Syphilis, aber meist hereditäre phthisische Belastung nachzuweisen. Die Neubildung scheint sich rach zu entwickeln. Zuerst zeigt sich anfangs wässeriger, später schleimiger, zuletzt eiteriger, übelriechender Ausfluss. Die Neubildung recidivirt ungemein häufig und führt zu erheblicher Zerstörung in der Nasenhöhle. Einen Stillstand erzielte S. bei zwei Patienten neben der örtlichen Behandlung durch Darreichung folgender Pillen:

Rp. Kalii jodati 1,0—5,0
Jodi puri 0,1—0,5
Acid. arsenicos. 0,05—0,1
Ferr. carbon. saccharat. mit Pulv. Rad. rhei

(je nachdem Patient an Anämie, Stuhlverstopfung leidet). M. f. pilul. No. 100. C. D. S. Täglich 5—6 Pillen. Dabei sorgfältige Ueberwachung der Diät (Verbot von sauren Speisen, Obst etc.).

In zwei Fällen untersuchte Nasse die entfernten Geschwülste. Die erste bestand aus Granulationsgewebe mit zahlreichen, dicht neben einander liegenden Tuberkeln, in denen sich Bacillen nur in ganz ausserordentlich geringer Zahl fanden. Die zweite hatte ähnliche Configuration; nur waren weiche Partien vorhanden, in denen sich keine Riesenzellen, aber eine grössere Anzahl von Bacillen fanden. B. FRAENKEL.

33) **Maxim. Bresgen** (Frankfurt a. M.). **Tuberculose oder Lupus der Nasenschleimhaut?** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 30. S. 663. 1887.*

B. ist geneigt, die von Schäffer (vergl. vorstehendes Ref.) beschriebenen Fälle nicht für Tuberkelgeschwülste, sondern für Lupus zu halten. Er stützt sich hierbei auf ähnliche von ihm beobachtete Fälle, in welchen zu derartigen Geschwulstbildungen in der Nase später Lupus der Haut sich hinzugesellte. Einen dieser Fälle theilt er ausführlich mit. Am Septum einer 38jährigen Frau fanden sich in der Umgebung einer Perforation haselnussgrosse, aus Granulationen bestehende Geschwulstmassen. Syphilis war anamnestisch nicht nachzuweisen. Jodkalium hatte keinen Erfolg. Die Granulationen schossen immer wieder auf und mussten häufig mit dem Galvanokauter oder der Chromsäure entfernt werden. Hierzu gesellten sich im 13. Monat Knötchen an der äusseren Haut der Nase, die von D. Herxheimer als Lupus erkannt wurden. Dieselben besserten sich, nachdem die Granulationen im Innern bis in die gesunde Schleimhaut hinein zerstört worden. Die Dame pflegte einen Schwindsüchtigen und lässt B. die Möglichkeit einer directen Infection mit dem Fingernagel zu. Tuberkelbacillen wurden nicht nachgewiesen. B. FRAENKEL.

34) **Wichmann** (Norwegen). **Die Anwendung der Milchsäure gegen Lupus. (Melkesyrens Anvendelse mod Lupus.)** *Tidskrift for praktisk Medicin. Januar 1887.*

Der Verf. hat 4 Patienten mit Lupus nasi et faciei mit Milchsäure behandelt. Die Behandlung ist die, dass die Wundfläche mit hydrophiler, mit Milchsäure befeuchteter Watte 24 Stunden bedeckt wird, wonach die Wunde mit Jodoformgaze 2 Tage behandelt wird; dann fängt man wieder mit der Milchsäure an. Die Behandlung dauerte 2—6 Monate und die Wunden werden geheilt.

SCHMIEGELOW.

35) **Dittrich** (Prag). **Ueber das Rhinosclerom.** Vortrag, gehalten im Vereine deutscher Aerzte in Prag am 18. März 1887. *Prager med. Wochenschrift. No. 12. 1887.*

In dem 1. Falle liess sich im Laufe von 3 Jahren eine Vermehrung der hydropischen Zellen constatiren; Uebergänge von Rundzellen zu diesen hydropischen Zellen fanden sich ebenfalls, und überall zahlreiche Bacillen, welche sich ungemein leicht färbten. Auch die Reinzüchtung der Paltauf-Eiselsberg'schen Bacillen gelang leicht; doch ist es nicht nachgewiesen, ob sie als Krankheitserreger bei ähnlichen Erkrankungen gelten können. In der Discussion weist H. Chiari auf den Werth der bacteriologischen und histologischen Untersuchung exstirpirter Gewebsstücke aus dem Larynx behufs Diagnose hin. CHIARI.

36) **Doutrelepont** (Bonn). **Zur Therapie des Rhinoscleroms.** *Deutsche medicin. Wochenschrift. No. 5. S. 85. 1887.*

Fall von Rhinosclerom, bei welchem in ausgekratzten Stücken die specifischen Bacillen nachgewiesen wurden, und welches nach Einreibung von 1 proc. Sublimatlanolinsalbe vom April bis September fast ganz — d. h. mit Ausnahme einer kleinen Härte am Septum mobile — heilte. B. FRAENKEL.

37) Schötz (Berlin). **Ueber einen Fall von angeborenem knöchernen Verschluss beider Choanen.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 9. S. 182. 1887.*

Der Fall betrifft ein 16jähriges Mädchen, welches als Säugling die Flasche nicht nahm und deshalb schwer zu ernähren war, sich aber gut entwickelte. Beide Nasenhälften sind hinten durch eine von Schleimhaut überzogene knöcherne Wand hermetisch verschlossen. Gaumengewölbe einigermassen abnorm hoch. Bei der Rhinoscopia post. markirt sich deutlich das hinterste Ende des Septum nar., sowie die Umrandung beider Choanen; das gewohnte Bild der Nasenmuscheln wird aber durch zwei von Schleimhaut überzogene Diaphragmen verdeckt, die in die Choanen gleichsam eingefalzt sind. Derartige knöcherne Abschliessungen der Choanen bei Erwachsenen sind erst dreimal beschrieben (Emmert, Schrötter, Semon). Am Gesichtsausdruck der Patientin des Verf. ist nur wenig zu bemerken, ebenso treten Anomalien der Sprache erst hervor, wenn die Patientin ein auf K folgendes N aussprechen will. sie sagt statt Knabe Klabe. Gehör noch gut erhalten. Die Patientin wurde später operirt.

B. FRAENKEL.

38) **S. Meyersohn** (Warschau). **Vollkommener membranöser Verschluss der Choanen. (Zupetne btoniaste zarośnięcie nordrzy tylnych.)** *Medycyna. No. 8 und 9. 1887.*

Verf. berichtet über einen Fall von Verschluss der Choanen bei einer 37jährigen Frau. Sie klagte über Trockenheit im Halse, athmete ausschliesslich durch den Mund, schnarchte im Schlafe und konnte nicht angeben, wie lange dieser Zustand dauerte. M. hält denselben für angeboren. Die Untersuchung der Nase vom Rachen aus zeigte einen membranösen Verschluss der Choanen, so dass nur eine glatte röthliche Fläche zu sehen war. Die Membran war dünn und konnte mit der Sonde vorgestülpt werden. Die Eustachischen Tuben waren oberhalb der Membran gelegen und frei; sie konnten catheterisirt werden. Die Anheftung der Membran war schräg vom Choanenrande zur seitlichen und hinteren Pharynxwand. Rhinitis chronica hypertrophica. Pharyngitis granulosa, leichter Bronchialcatarrh. Tubencatarrh und Otitis media catarrh. Die Stimme war näselnd. Die Membran wurde von vorne galvanokaustisch perforirt, dann mit Sonden erweitert, endlich mit dem Finger eingerissen, worauf die Spiegeluntersuchung ein fast normales Bild zeigte, mit etwas vergrösserten Nasenmuscheln. Die Nase wurde für den Luftstrom vollkommen permeabel. Ob der Geruch sich wieder einstellte, wird nicht angegeben. Einige Details über die bisher publicirten analogen Fälle von Schrötter, Semon, Chiari, Casselberry werden in der Einleitung besprochen. — (Ref. hat vor 2 Jahren in der Warschauer Gesellschaft einen Kranken demonstrirt, der mit Rhinosclerom behaftet und bei dem auch die

rechte Choane mit einer dicken Membran verwachsen war. Operirt wurde der Kranke erst galvanokaustisch, dann mit einem dem Zaufal'schen Trichter ähnlichen Instrument, dessen innere Ränder geschärft waren wie die scharfen Röhren zum Durchlöchern von Pfropfen. Es ist bisher kein Recidiv eingetreten.)

HERING.

c. Mundrachenhöhle.

39) **Corfield** (London). **Angina durch Ausströmen von Leuchtgas producirt. (Sore throat from coal-gas).** *Brit. Med. Journal. 30. April 1887.*

In einem am 15. April vor der „Society of Medical Officers of Health" gehaltenen Vortrage lenkt der bekannte Hygieniker die Aufmerksamkeit auf das Ausströmen von Gas aus schadhaften Brennern und Röhren in Schlafzimmern als eine bisher unbekannte Quelle von Anginen. Er selbst war in Folge dieser Schädlichkeit erkrankt. Das eigentlich irritirende Element sind seiner Ansicht nach die Schwefelverbindungen, welche im Leuchtgas enthalten sind, besonders der Schwefelkohlenstoff. Reperatur der schadhaften Röhren und Brenner heilt die Anginen, die in einzelnen Fällen sogar einen ulcerösen Charakter annehmen. Weitere Details müssen im Originalbericht nachgelesen werden.

SEMON.

40) **M. J. Stern. Ein Fall von phlegmonöser Angina mit Oedem des weichen Gaumens und der Gaumenbögen. (A case of phlegmonous sore-throat with oedema of the soft palate and half arches.)** *Med. Regist. Philadelphia. 16. April 1887.*

Der Fall wurde mit ausgiebigen Incisionen behandelt, welche Besserung brachten und die Tracheotomie unnöthig machten. Letztere schien zu einer Zeit wegen schwerer Dyspnoe angezeigt.

LEFFERTS.

41) **Fleury. Ueber die Contagiosität der Angina. (De la contagiosité de l'angine.)** *La Loire méd. No. 15. 15. Januar 1887.*

F. spricht sich für die Contagiosität aus und führt zwei Fälle zur Stütze dieser Ansicht an.

E. J. MOURE.

42) **Huchard. Behandlung der neuralgischen Anginen oder Neuralgien des Isthmus faucium. (Traitement des angines névralgiques ou névralgies de l'isthme du gosier.)** *Revue générale de Clinique et Thérapeut. No. 1. 17. Februar 1887.*

H. verordnet innerlich Chinin und local Pinselungen mit einer Lösung von Morphium, Glycerin und Spirit. menth. nach folgender Formel:

Morph. mur. 0,1.
Spirit. menth. gtt. IV.
Glycer. neutr. 10,0.

Besteht eine Entzündung, so rühmt er eine Cocainlösung.

SEMON.

43) **Jonathan Hutchinson,** junior (London). **Alveolare Ulceration und allgemeine Tuberculose. (Alveolar ulceration and general tuberculosis.)** *Brit. Med. Journ. 9. April 1887.*

Ein Fall, in dem es äusserst zweifelhaft ist, ob die allgemeine, bei der Autopsie vorgefundene Tuberculose von einer ulcerösen Stomatitis ihren Ursprung

nahm. Es handelte sich um ein zweijähriges Kind. In dem afficirten Zahnfleisch wurden keine Tuberkelbacillen gefunden. Demonstration der Präparate am 5. April 1887 vor der Pathological Society of London. Die Discussion förderte nichts Bemerkenswerthes zu Tage. SEMON.

44) **R. van Santvoord. Ein Fall von möglicherweise tuberculöser Erkrankung des Pharynx bei einem Kinde. (A case of possible tubercular disease of the pharynx in a child.)** *New-York Med. Record. 26. März 1887.*

Das Präparat stammt von der Obduction eines Kindes, welches 18 Monate und 19 Tage alt war. Vor 5 Monaten soll es an unregelmässigen Fieberanfällen mit Husten und Rasseln auf der Brust gelitten haben und dabei etwas abgemagert gewesen sein. Es hatte auch etwas Schlingbeschwerden, doch wurde nichts Besonderes gefunden, was dies erklären konnte. In jeder Pyramidentasche zeigte sich ein Geschwür, etwa 3 Ctm. lang. Es fanden sich ferner Geschwüre auf der äusseren Fläche der Epiglottis, ca. $^3/_4$ Ctm. breit; desgleichen waren auf der hinteren Pharynxwand unregelmässige Geschwüre, ebenso fand sich in der linken Tonsille ein kleiner Ulcerationspunkt. In die Nase erstreckte sich der Process nicht. Die Bronchialdrüsen waren geschwollen, aber nicht käsig. Der Ober- und der Unterlappen der rechten Lunge waren durch Bronchopneumonie in ausgedehntem Maasse verdichtet und es waren gelbe Flecke daselbst verstreut, die wahrscheinlich käsig degenerirte tuberculöse Knoten waren. In den Abdominalorganen wurde nichts Bemerkenswerthes gefunden. LEFFERTS.

45) **Lennox Browne** (London). **Pharynxtuberculose. (Tuberculosis of pharynx.)** *Brit. Med. Journal. 5. März 1887.*

B. zeigte der Medical Society of London am 28. Februar 1887 eine 20jähr. verheirathete Frau, Mutter von drei Kindern, welche an Tuberculose der Fauces und des Rachens litt. Die Affection erstreckte sich bis zur hinteren Larynxwand und hatte den rechten Giessbeckenknorpel leicht involvirt. In der Lunge fand sich, eben beginnende Phthisis, dagegen waren am Sitze der Ulceration Tuberkelbacillen in grosser Zahl vorhanden. Die Patientin war unvermögend gewesen zu schlucken; die Dysphagie war aber durch Ausschaben der vorher cocainisirten, erkrankten Oberfläche mit dem scharfen Löffel und täglicher, 3 Wochen lang fortgesetzter Application von 20—40—60 proc. Michsäurelösungen nach dem von Krause empfohlenen Plan geheilt worden. SEMON.

46) **Malmsten** (Stockholm). **Aussergewöhnlicher Fall von Tuberculose. (Ovanligt fall af tuberculos.)** *Svenska Läkare-Sällskapet Förhandlinger. p. 83. Hygiea. Juni 1887.*

Die 33jährige Patientin wurde Ende 1881 heiser. Im Anfang des Jahres 1882 sah Verf. die Patientin, die besonders über Schmerzen im Halse beim Schlucken klagte. Sie hatte Infiltrationen beider Lungenspitzen. Die Schleimhaut der Epiglottis, die Plica aryepiglottica und der Larynx waren geschwollen und roth; Ulcerationen an den Taschenbändern. An der hinteren Pharynxwand, in der Höhe der Uvulabasis, fand sich ein ovales, 1 Ctm. langes, 0,5 Ctm. breites, unreines Ulcus; an der Oberlippe nahe dem Mundwinkel ein anderes, fünfpfennig-

stückgrosses, schmerzendes Geschwür, dessen Umgebungen etwas infiltrit waren. In dem folgenden Jahre heilte das Geschwür im Schlunde, während das Geschwür der Lippen theilweise zuheilte, theilweise sich verbreitete und sich auch auf der Gingiva ein fünfpfennigstückgrosses Geschwür entwickelte. Mikroskopisch wurden in den von den Geschwüren abgeschabten Massen Tuberkelbacillen gefunden. Die Behandlung war hauptsächlich eine generelle, roborirende. SCHMIEGELOW.

47) **Haslund** (Kopenhagen). **Noch ein Paar Fälle von Syphilis, durch Infection des Schlundes entstanden. (Endnu et Par Tilfaelde af Syphilis, upstaaet ved Infektion gennem Svaelget.)** *Hospitals-Tidende. No. 10. p. 217. 1887.*

Zu den in der Hospitals-Tidende No. 27, 1885, publicirten 4 Fällen von primärer syphilitischer Infection des Schlundes (dies. Centralbl., II, S. 381) fügt Verf. noch 2 Fälle hinzu.

I. 11jähriges Mädchen, begann gegen Ende des Sommers 1886 über Schmerzen im Halse zu klagen und wurde am 10. December 1886 ins Hospital aufgenommen, weil die Schmerzen im Halse zunahmen und die Patientin eine allgemeine Verschlechterung ihres Befindens verspürte. Ungefähr gleichzeitig zeigte sich eine sehr reichliche Efflorescenz eines fleckigen, papulösen Syphilids; Genitalien gesund. In den Fauces auf der linken Seite eine ungefähr fünfzigpfennigstückgrosse Ulceration auf indurirtem Boden. Indolente grosse Drüsenpackete in der linken Regio retromaxillaris. Alles verschwand nach mercurieller Behandlung.

II. 27jähriges Mädchen. Induration in den Fauces. Adenitis retromaxillaris dext. — inguinalis et cervicalis duplex. Maculo-papulöses Syphilid. Genitalia interna und externa, einige Papeln auf dem Labium maj. sin. ausgenommen, gesund. Die Induration im Halse war in diesem Falle beinahe knorpelhart.

In beiden Fällen war der primäre Sitz des Leidens im Schlunde zweifellos. Fragt man nach dem Modus infectionis dieser Fälle, so kann jedenfalls der penobuccale Coitus mit Sicherheit ausgeschlossen werden. SCHMIEGELOW.

48) **Massei** (Neapel). **Zwei bemerkenswerthe Fälle von Adhärenz des Velum an die Pharynxwand. (Due notevoli casi di aderenza del velo alla parete faringea.)** *Rivista clinica di Napoli. No. 2. 1887.*

In beiden Fällen war die Adhärenz durch syphilitische Narben bedingt und wurde mit Messer und Thermokauter beseitigt. KURZ.

49) **Aristide Viard de Montargis. Beitrag zum Studium der tertiären Syphilis des Schlundes. (Contribution à l'étude de la syphilis tertiaire de l'arrière gorge.)** *Thèse de Paris. No. 78. 1887.*

Verf. theilt diese Vorkommnisse in Ulcerationen der tertiären Angina (? Red.) und Ulcerationen der Gummata ein. 1) Unter den ersteren giebt es perforirende, welche sich gewöhnlich auf die Weichtheile beschränken, und serpiginöse, welche mit Vorliebe das Gaumensegel ergreifen und es in der Fläche und in der Tiefe zerstören. 2) Die gummösen können nach dem Verf. während des Stadiums der Infiltration unbemerkt bleiben, aber die Ulceration erfolgt bald und bewirkt eine Perforation des Gaumens und des Gaumengewölbes. Hierauf be-

schreibt Verf. die functionellen Störungen, wie Dysphagie, Näseln, Salivation, Austreten der Flüssigkeiten durch die Nase etc.

Die Diagnose wird die scrophulösen Affectionen berücksichtigen müssen; es ist jedoch nicht zu vergessen, dass die Anzeichen der letzteren weit seltener sind, als man bis jetzt angenommen hat. Es ist in der That bewiesen (Fournier), dass die hereditäre Syphilis sich erst zu einer späteren Periode zu manifestiren braucht.

In einigen Fällen kann die Anamnese zur Stütze der Diagnose dienen; ferner ist die Scrophulose des Schlundes gewöhnlich von analogen Läsionen der Haut begleitet. Der Gang der Scrophulose ist ein langsamer, abgesehen von Ausnahmefällen, und das Geschwür ist schlecht begrenzt. Die Allgemeinbehandlung ist die der Syphilis; local räth er zu Gurgelungen mit Jodverbindungen und reinigenden Waschungen der Wunde.

Dreizehn Beobachtungen, darunter zwei eigene, begleiten diese Arbeit, welche am Schluss ein sehr unvollständiges Literaturverzeichniss enthält.

E. J. MOURE.

50) F. de Havilland Hall (London). **Zwei Fälle von Ulceration des weichen Gaumens und Pharynx. (Two cases of ulceration of the soft palate and pharynx.)** *Brit. Med. Journal. 2. April 1887.*

Demonstration zweier an unzweifelhafter Rachensyphilis leidender Patienten vor der Medical Society of London, bei denen es nur zweifelhaft war, ob es sich um die tertiäre Form des acquirirten Leidens oder um die spät auftretende, hereditäre Form handelte.

SEMON.

51) **Monod. Ulceration des Pharynx. (Ulcération du pharynx.)** *Société de méd. de Bordeaux. 1. April 1887.*

M. theilt mit, dass seine am 26. März 1886 vorgestellte Patientin (vgl. Centralblatt III., S. 242) durch eine specifische Behandlung geheilt worden wäre. Dieses Factum hatte übrigens nichts Ueberraschendes.

E. J. MOURE.

52) **Malmsten** (Stockholm). **Fall von Spondylitis der Halswirbel, durch Syphilis hervorgebracht. (Fall af Spondylitis i halskotorna beroende på Syphilis.)** *Hygiea. Mai 1887.*

Patient, ein 28jähriger Mann, wurde am 23. Juni 1882 ins Spital aufgenommen. Primäre Infection im 15. Jahre. Im lezten Monat hatte er angefangen, an Steifigkeit des Nackens und Kopfschmerzen zu leiden. Druck auf die Halswirbel war sehr schmerzhaft. Bei Inspection des Pharynx zeigte sich auf der Hinterwand ein grosses unreines, sehr tiefes Ulcus. Entblösste Knochenpartien konnten nicht entdeckt werden. Patient wurde mit Quecksilber und Jodkalium behandelt. Im Anfang des Jahres 1883 stiess sich ein Stück von einem Corpus vertebrae und einem Intervertebralknorpel ab und eliminirte sich durch den Schlundkopf, wodurch die Ulceration schnell zuheilte und der Patient vollständig genas.

SCHMIEGELOW.

53) **Coën** (Wien). **Die Krankheiten der Uvula und deren Einfluss auf Stimme und Sprache.** *Wiener med. Presse. No. 25 u. 26. 1887.*

C. giebt eine Zusammenstellung von bekannten Thatsachen über die Er-

krankungen der Uvula, welche er eintheilt in idiopathische (catarrhalisch, folliculär, phlegmonös) und symptomatische, durch Morbilli, Scarlatina, Croup, Diphtherie und Syphilis veranlasst. Durch diese Erkrankungen leidet die Function der Uvula als consonirendes und den Nasenrachenraum abschliessendes Organ. Bei leichteren Veränderungen entbehrt das m und n der natürlichen Nasalfärbung, während alle übrigen Consonanten etwas nasal klingen; auch nimmt die Stimme einen dumpfen Charakter an. Beim Defect der Uvula tritt der Nasalklang noch mehr hervor, ja es kann durch vermehrte Reflexion der Schallwellen im Nasenrachenraum die Undeutlichkeit der Rede bis zur Unverständlichkeit gesteigert werden. Die Therapie besteht in den bekannten Mitteln und der methodischen Stimm- und Sprachgymnastik. Bei bleibenden Defecten helfen Obturatoren nur theilweise und für einige Zeit, da sie für lange nicht ertragen werden und sogar die Defecte vergrössern können. CHIARI.

54) **J. Hughlings Jackson** (London). **Ein Fall von Facialisparalyse mit Gaumenlähmung in Folge cerebraler Erkrankung. (A case of facial paralysis with paralysis of the palate from cerebral disease.)** *Brit. Med. Journ. 2. April 1887.*

Am 28. März 1887 zeigte J. der Medical Society of London einen 26jährigen Mann, welcher am 8. Februar, nachdem schon eine Woche vorher ein ca. Minuten anhaltender Anfall von Taubheitsgefühl im rechten Arm und Bein erfolgt war, plötzlich von completer Aphasie und rechtsseitiger Hemiplegie befallen wurde. Weder Syphilis noch Herz- oder Nierenleiden waren nachzuweisen. Schon zwei Stunden später verschwand die Lähmung der Extremitäten und etwa zwei Tage später die Aphasie; die ersten Worte, die Patient aussprechen konnte, waren „yes“ und „no“. Bei seiner Aufnahme ins Queen Square Hospital for the Paralysed and Epileptic am 11. Februar hatte er noch rechtsseitige Facialisparalyse und rechtsseitige Gaumenlähmung. Leichte Berührung der rechten Hand wurde nicht percipirt, Nadelstiche dagegen wohl. Keine Lähmung des rechten Stimmbandes (Semon). Sprache des Patienten — ausser dass er gelegentlich nach einem Wort suchte —, sowie Lesen und Schreiben gut; Articulation dagegen recht mangelhaft. Seit einem Monat linksseitige Anosmie. Die Facialisparalyse war deutlicher ausgesprochen, als sie J. je vorher bei destruirenden, cerebralen Läsionen gesehen hatte. (Demonstration von Photographien, die besonders den Unterschied zwischen „natürlichem“ und „auf Befehl“ producirten Lächeln erläuterten.) Ebenso wenig hatte J. je eine solche Gaumenlähmung, wie sie bei diesem Patienten existirte, in einem anderen Falle cerebral oder anderweitig bedingter Facialisparalyse gesehen: sie war ebenso markirt, wie sie es sonst bei der Association mit halbseitiger Zungenlähmung und gleichseitiger Stimmbandparalyse zu sein pflegt. Ununterrichtete hätten wohl an die Bell'sche Facialis- und Gaumenlähmung denken können — eine Combination von Symptomen, die J. nie gesehen hat. Die elektrischen Reactionen waren normal. J. erklärte, dass er nicht an die gang und gäbe Lehre absolut umschriebener Localisation glaube, und dass seiner Ansicht nach die transitorische Lähmung des rechten Armes und Beines beweise, dass der thatsächlich beschädigte Rindenbezirk auch die Bewegungen dieser Theile repräsentire, wenn auch nur in

einem geringen Grade. Ohne Zweifel seien auch die Stimmbänder in der afficirten Region repräsentirt; ihr Freibleiben von Lähmung sei aber dadurch erklärt (Semon und Horsley), dass sie auch vollständig in der anderen Gehirnhälfte repräsentirt seien. Dass die Stimmbänder normal fungirten (Semon und Horsley), wenn eines der beiden Phonationscentra zerstört sei, beweise, dass Verlust einer Hälfte der Bewegungen einer Region ohne Functionsverlust der Muskeln dieser Region statthaben könne. SEMON.

d. Diphtheritis und Croup.

55) **Sorénsen** (Kopenhagen). **Mittheilungen aus dem „Blegdamshospitalet". (Meddelelser fra Blegdamshospitalet.)** *Hospitals-Tidende. 11. Mai 1887.*

Es wurden 496 Fälle von Diphtheritis behandelt. Die Mortalität (von den Croupfällen abgesehen) war ca. 15 pCt. Für die eigentlichen Crouppatienten war die Sterblichkeit 59 pCt. Dass Croup und Diphtheritis identisch sind, ist unzweifelhaft; denn von 101 im Jahre 1886 obducirten Croupfällen wurde bei 88 Diphtheritis faucium gefunden, während unter 55 obducirten Fällen von Diphtheritis ohne eigentliche Stenose 40 Mal oder bei 73 pCt. diphtheritische Veränderungen der Luftwege constatirt wurden.

Bei 58 gestorbenen und obducirten Diphtheriekranken wurde gefunden:

unter 31 Kindern	von	0— 5 Jahren	26 Mal	Diphth. d. Luftwege	(19 Mal Pneum.)
„ 22 „	„	5—10 „	12 „	„ „ „	(5 „ „)
„ 2 „	„	10—15 „	2 „	„ „ „	(1 „ „)
„ 3 Erwachsenen			3 „	„ „ „	(1 „ „)

wodurch die grosse Neigung der Diphtheritis zur Verpflanzung in die Luftwege bei kleineren Kindern erwiesen wird.

Unter 52 obducirten Diphtheritispatienten über 2 Jahre wurde 48 Mal ausgebreiteter Belag in den Fauces, 46 Mal Foetor ex ore und 49 Mal Diphth. nasi gefunden. Unter 55 Fällen kamen 12 Mal Epistaxis. 6 Mal Ecchymosis cutanea und 2 Mal Blutungen aus dem Anus vor.

Der Verf. bespricht näher die starken Ventrikelsymptome, die bei maligner Diphtheritis sich häufig manifestiren und sich durch Anorexie und Erbrechen charakterisiren. Wie häufig die specifische Anorexie vorkommt, ist sehr schwer oder unmöglich zu ermitteln, weil sie sehr oft mit Erbrechen complicirt ist. Sowohl die generellen Depressionssymptome (kleiner Puls, kalte Extremitäten, Blässe etc.) wie die Symptome von Seiten des Ventrikels, insbesondere das Erbrechen, sind von ausserordentlich ungünstiger prognostischer Bedeutung; nur ein Patient wurde geheilt, der an solchen litt. SCHMIEGELOW.

56) **Thoresen** (Norwegen). **Erfahrungen und kritische Bemerkungen über Diphtheritis. (Erfaringer samt kritiske Bemaerkninger om Difterit.)** *Norsk Magazin for Laegevidenskaben. Januar 1887.*

Der Verf. hat in dieser Abhandlung seine auf eigene Erfahrungen gestützte Auffassung über Auftreten, Verlauf und Behandlung dieser Krankheit niedergelegt. Die Incubationszeit der Diphtheritis, meint der Verf., ist sehr kurz, von einigen

Stunden bis zu einigen Tagen. Croup und Diphtheritis sind zwei verschiedene Krankheiten, die gar nichts mit einander zu thun haben (?). In prognostischer Beziehung ist der Verf. zu folgendem Resultat gekommen: Starker Initialfrost mit Erbrechen, grosser und ausgebreiteter Belag, Diphtheritis der Nase, beiderseitige Tonsillardiphtheritis, stark geschwollene Submaxillardrüsen, schlechte hygienische Verhältnisse sind Momente, die die Prognose verschlechtern. Der Verf. hat mehrmals zu verschiedenen Zeiten eine Diphtheritisepidemie in vorher durchseuchte Orte zurückkehren sehen und hat dabei die Beobachtung gemacht, dass eine einmal durchgemachte Diphtheritis eine gerade so sichere Immunität als Scarlatina, Morbilli, Variola u. s. w. hervorbringt.

Was die Behandlung betrifft, ist er ein bestimmter Gegner von radicalen Eingriffen; nur Ausspülungen und Gurgelungen mit Chlorkalilösungen etc. sind anzuwenden.

Bei der Besprechung der diphtheritischen Paralysen erzählt er drei Fälle von Vagusparalysen, die alle tödtlich endeten. Sie kennzeichneten sich durch sehr heftige Erstickungsanfälle mit unregelmässiger tumultuarischer Herzaction und starkem Erbrechen. In dem ersten Falle traten diese Erscheinungen erst spät in der Reconvalescenz auf, nachdem der Patient schon angefangen hatte auszugehen. In den letzten zwei Fällen waren wohl die localen Schlund- und Nasensymptome verschwunden, aber die Patienten konnten noch nicht das Bett verlassen.

SCHMIEGELOW.

57) **Melnikow** (Pensa). **Beobachtung einer Diphtheritisepidemie im Gouvernement Pensa. (Sametca ob epidemii diphtherita w sele etc.)** *Wratsch. No. 77. p. 30. 1887.*

Verf. beschreibt in Kürze eine Diphtheritisepidemie im Dorfe Rodomanowo im Gouvernement Pensa. Die Epidemie dauerte vom August 1885 bis zum Februar 1886. Von den 1419 Einwohnern des Dorfes erkrankten 156, die Mortalität betrug 36,5 pCt. Das 4. und 7. Lebensjahr stellten das grösste Contingent der Erkrankungsfälle; dagegen hatte nur das 4. Lebensjahr die stärkste Mortalität aufzuweisen. Verf. konnte ganz genau verfolgen, wie die Diphtheritis sich unter den Familien ausbreitete, die unter einander im regen Verkehr standen. Eine beigelegte Tafel veranschaulicht diese Beobachtung des Verf.

LUNIN.

58) **F. C. Curtis. Bericht über die Diphtherie an das Gouverneur's Rep. State Gesundheitsamt New-York-Albany. (Report on diphtheria at Gouverneur Rep. State board of health New-York-Albany.)** VI. p. 77. 1886.

Von mehr localem als allgemeinem Interesse.

LEFFERTS.

59) **Jessner** (Stolp). **Ueber das Wesen der „Scharlachdiphtherie".** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 21. S. 377. 1887.*

J. hält die Scharlachdiphtherie für einen mit der gewöhnlichen Diphtherie identischen Process, hauptsächlich weil sich ein Gesunder von einem Scharlachdiphtheriekranken aus mit Diphtherie ohne Scharlach inficiren könne.

B. FRAENKEL.

60) **O. Masini** (Genua). **Noch ein Wort über die Analogie zwischen Diphtherie und Scharlach. (Ancora una parola sulla pretesa analogia fra la difterite e la scarlattina.)** *Archivii ital. di Laringologia. Fasc I. 1887.*

M. bemerkt mit Recht, dass man bei Erörterung dieser Frage zuvörderst genauer zwischen einem diphtherischen Process und zwischen der Diphtherie unterscheiden sollte. Diphtherische Processe im anatomischen Sinne kommen bei verschiedenen Krankheiten vor, so auch beim Scharlach, der klinisch wie pathologisch-anatomisch sich scharf von der Diphtherie trennen lässt. Nach den Untersuchungen von Bizzozero und Griffini wird der necrotische Process, der anatomisch der gleiche ist wie bei Diphtherie, durch die Localisation des Scharlachgiftes in den Fauces hervorgerufen. — Die Erörterung knüpft an eine — nach M. unklare — Auseinandersetzung Trifiletti's über diesen Gegenstand (No. 1 u. 2 des vorg. Jahrg. der Archivii ital.) an. KURZ.

61) **A. Trifiletti** (Neapel). **Noch einmal über die angebliche Analogie zwischen Diphtherie und Scharlach, sowie über secundäre Diphtherie. (Ancora sulla pretesa analogia fra difteria e scarlattina e sulla difteria secondaria.)** *Archivii ital. di Laringologia. Fasc. II. 1887.*

Schreiben polemischen Inhalts, gegen die Ausführungen Masini's gerichtet (s. vorstehendes Ref.). BAYER.

62) **Potain. Scharlach oder Diphtherie? (Scarlatine ou diphtheria?)** *Sem. méd. No. 4. 19. Jan. 1887.*

Gelegentlich eines Falles bei einem 15jährigen Kinde, welches von scarlatinöser Angina mit grauem Belag und Schwellung der Drüsen befallen wurde, giebt P. die Differentialdiagnose zwischen diesen beiden Affectionen. E. J. MOURE.

63) **Presl** (Gitschin). **Masern-, Scharlach-, Keuchhusten- und Diphtherie-Sterblichkeit in Oesterreich.** *Prager med. Wochenschrift. No. 13, 14 u. 15. 1887.*

P. entnimmt die Daten dem 11. Hefte der österreichischen Sanitätsstatistik, welches das Quinquennium 1879—1883 behandelt. Ich werde nur einige auf Keuchhusten und Diphtherie (Croup ist darin mitbegriffen) bezügliche Angaben herausnehmen und verweise in Bezug auf Details auf das Original. So starben in ganz Oesterreich mit ca. 22 Millionen Einwohnern im Jahre 1883 an Keuchhusten 23957 und an Diphtherie und Croup 31066 Personen, das ist auf 1000 Einwohner 1,09 resp. 1,41. Dabei schwankte das relative Verhältniss sehr nach den einzelnen in Bezug auf Klima, Bevölkerungsdichte, Bildungsgrad der Bewohner etc. so verschiedenen Kronländern. Das Original enthält viele interessante Einzelnheiten. CHIARI.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

64) **Pohl** (Prag). **Zur Lehre von den Erscheinungen bei Stotternden.** *Prager med. Wochenschrift. No. 18. 1887.*

P. nahm bei einem 9jährigen, stark stotternden Mädchen mit dem Pneumographen die Athembewegungen auf und konnte constatiren, dass beim Sprachversuche eine Reihe von stark beschleunigten und vertieften, ganz unregelmässi-

gen Athembewegungen auftrat, welche sich auch schon bei der Fragestellung und bei unvermuthet einwirkenden tactilen Reizen oder beim Anrufen einstellten, aber natürlich nicht in so hohem Grade wie bei Sprachversuchen. Es war also eine Steigerung der Erregbarkeit hinsichtlich der Athmungsreflexe vorhanden.

CHIARI.

65) **Singer** (Prag). **Ein Fall von traumatischer Aphasie und Monoplegie.** Demonstration im Vereine deutscher Aerzte am 8. November 1886. *Prager med. Wochenschrift. No. 6. 1887.*

In Folge eines heftigen Schlages auf die linke Gesichtshälfte und das linke Scheitelbein trat Aphasie und Alexie rein motorischen Charakters und Lähmung der rechten oberen Extremität auf, welche sich 14 Tage später besserte. Noch 22 Tage nach der Verletzung werden einzelne Worte undeutlich ausgesprochen, und selbst nach 75 Tagen ist die Sprache noch unbeholfen; der rechte Arm ist gut beweglich, aber bedeutend schwächer; ebenso ist der Muskelsinn und das feine Tastgefühl der Hand beeinträchtigt. CHIARI.

66) **B. Fränkel** (Berlin). **Ueber die Beschäftigungsschwäche der Stimme „Mogiphonie".** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 7. S. 121. 1887.*

Nach Analogie des Schreibekrampfes unterscheidet Verf. als Beschäftigungsneurosen der Stimme: 1) eine spastische Form — phonischer Stimmritzenkrampf; 2) eine tremorartige Form — gewisse Arten des Temolirens; 3) eine paralytische Form. Mit letzterer, von welcher er bei Gesangskünstlern, einer Lehrerin und einem Prediger 6 ausgesprochene Fälle sah und die er Mogiphonie nennt, beschäftigt sich Verf. genauer. Das Charakteristische der Krankheit ist: Versagen der Stimme mit dem Gefühl der unüberwindlichen Ermüdung nur bei gewissen Arten des Gebrauches (nur beim Singen, nur beim Unterrichten, nur beim Predigen) und ohne den objectiven Befund einer Lähmung. Es handle sich dabei nicht um Hysterie oder allgemeine Neurasthenie. In seinem letzten Falle hatte er mit Massiren des Kehlkopfes Erfolg erzielt, indem er, zu beiden Seiten desselben am vorderen Rande des Sternocleidomastoidei den Kehlkopf umgreifend, 40—50 Mal herabstrich.

In der an diesen Vortrag im Verein für innere Medicin geknüpften Discussion (ibid. No. 6, S. 114) bemerkt Tobold, dass er solche Fälle häufig gesehen und mit länger dauernder Anwendung des constanten Stromes geheilt habe. Krause berichtet über einen entsprechenden Fall; er lehrt die Patienten, in den Mund hinein zu sprechen. Krause und Lewin beschreiben die Vorgänge beim Sprechen mit dumpfem, pathetischem Ton. AUTOREFERAT.

67) **Maximilian Bresgen** (Frankfurt a. M.). **Ueber vorzeitige Ermüdung der Stimme (Mogiphonie B. Fränkel).** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 19. S. 403. 1887.*

B. erklärt die vorzeitige Ermüdung der Stimme nicht in allen Fällen für gleichwerthig mit der paralytischen Form des Schreibekrampfes. Bei Anfängern entstände dieselbe ähnlich, wie wenn Jemand anderweitige gymnastische Uebungen mit zu grossem Eifer vornähme, und reichten vorsichtige Stimmübungen aus, um fortschreitende Kräftigung der Kehlkopfmuskeln und ihr feineres coordinatorisches Zusammenwirken zu erzielen. Bei Geübteren aber seien häufig Krank-

heiten der Nase die Ursache, insonderheit Rhinitis hyperplastica, sowie Hyperplasie der Gaumen- und Rachenmandeln. Für diesen Zusammenhang führt B. casuistische Beispiele an. Das Nasenübel wirke nicht reflectorisch, sondern mechanisch durch die Beeinträchtigung der Nasenluftwege.

(Ref. bemerkt hierbei nachträglich zu seinem Aufsatz, dass in seinen Fällen keine Erkrankung der Nase etc., die mechanisch hinderlich sein konnte, vorhanden war.) B. FRAENKEL.

68) **A. Trifiletti** (Neapel). **Ein Fall von Castratenstimme. (Un caso di voce eunucoide.)** *Archivii ital. di Laringologia. Fasc. III. 1887.*

21jähriger, gut entwickelter Mann von lymphatischem Temperament und geringer Intelligenz. Bei der Phonation nehmen die Stimmbänder nicht die normale Stellung der Bruststimme ein, sondern mehr die der Kopfstimme oder des Falsetts. Ihre Bewegungen im Beginn der Phonation sind ausserdem unbestimmt und ungeordnet. P. hatte eine Kinderstimme und stotterte etwas. Verf. nimmt an, dass die geringe Intelligenz, die hohe Stimme, das Stottern und die unentschiedenen Bewegungen der Stimmbänder auf ein und dieselbe Störung zurückzuführen ist, nämlich auf eine mangelhafte Entwickelung des centralen oder peripheren Nervensystems, speciell des Nervenmuskelsystems, das der Stimmbildung vorsteht. Die Behandlung bestand nach Michel und Fournier in methodischer Stimmgymnastik und war von gutem Erfolg begleitet. KURZ.

69) **Walther J. Walford** (Hampstead). **Functionelle Aphonie bei einem Knaben. (Functional aphonia in a boy.)** *Brit. Med. Journ. 26. März 1887.*

Es handelte sich um einen 10jährigen Knaben, der plötzlich bei einem Kolikanfall seine Stimme verlor. Am folgenden Tage bekam er seine Stimme wieder, verlor sie aber wieder allmälig und blieb 3 Monate aphonisch. Schliesslich kehrte die Stimme plötzlich zurück. Die galvanische Behandlung, welche zeitweise angewendet wurde, brachte die Stimme nur für wenige Augenblicke zurück. A. E. GARROD.

70) **Spaak. Die Behandlung der Aphonie mit der Electricität. (Du traitement de l'aphonie par l'electricité.)** *Journal de Médecine, de Chir. et de Pharmacologie. Février 1887.*

Die Wunderkuren mit der Elektricität bei „Aphonie“ dürften auch Nichtlaryngologen zur Genüge bekannt sein. Neues bringt uns der Autor nicht. Mit Recht erhebt er dagegen seine Stimme gegen den Missbrauch, welcher hierzulande von einigen Specialisten mit der Galvanokaustik getrieben wird. BAYER.

71) **J. J. Rendleman. Dysphonie der Prediger. (Dysphonia clericorum.)** *Southern Practitioner. Januar 1887.*

Die Geschichte eines einzelnen Falles. [Wovon? Red.]. LEFFERTS.

72) **Flesch** (Frankfurt a. M.). **Ueber das Vorkommen des Stimmritzenkrampfes.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 13. S. 223. 1887.*

Fl. hat in Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten nachzuweisen versucht, dass der Spasmus glottidis das Product einer fehlerhaften Ernährung, eine durch quantitative und qualitative Belastung des Intestinaltractus bedingte Reflex-

neurose sei. Er beschäftigt sich nun im vorliegenden Aufsatze mit der Frage, woher es komme, dass Jürgensen, wie er in seinem Lehrbuche angebe, in 20jähriger, und Werner in 17jähriger Praxis diese Krankheit nicht gesehen hätten? Hieran könne nur die Ernährung der Kinder an den betreffenden Orten oder der Umstand Schuld sein, dass Fälle von Spasmus glottidis selten in klinische oder poliklinische Beobachtung kämen. B. FRAENKEL.

73) **Maximilian Bresgen** (Frankfurt a. M.). **Ein Fall von Spasmus glottidis, bedingt durch Aortenaneurysma.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 8. S. 132. 1887.*

Ein 36 Jahre alter Mann litt seit 6 Wochen an bei Anstrengungen auftretender Athemnoth mit Stridor. Die Anfälle wurden immer häufiger und länger. Bei der ersten Untersuchung ausserhalb des Anfalls sah Br. normales Glottisbild, am folgenden Tage während des Anfalls die Stimmbänder fast unbeweglich in der Mittellinie stehen. Am Abend starb der Kranke an Haemoptysis. Die Section ergab ein kleinapfelgrosses Aneurysma des Aortenbogens, welches in die Trachea durchgebrochen war. B. FRAENKEL.

74) **Lépine. Aneurysma der Aorta. (Anévrisme de l'aorte.)** *Société des sc. méd. Lyon. Sept. 1885. — Lyon méd. No. 51. 20. October 1885.*

In einem dieser Fälle war man gezwungen, den Patienten zu tracheotomiren, um Asphyxie zu verhüten. Da man laryngoscopisch nicht untersucht hatte, nahm man an, dass es sich um Reflexkrampf (?) gehandelt habe. E. J. MOURE.

75) **Fede** (Neapel). **Hydrocephalus und Spasmus glottidis. (Idrocefalo e Spasmo della glottide.)** *Morgagni. No. 12. 1886.*

Eine Vorlesung. Es handelte sich um ein rhachitisches und syphilitisches Kind, das durch Mercureinreibungen geheilt wurde. KURZ.

76) **Th. Morton** (London). **Die Analogie zwischen Croup und Asthma. (The analogy between croup and asthma.)** *Brit. Med. Journal. 22. Januar 1887.*

Vortrag, gehalten vor der Harveian Society of London am 6. Januar 1887. Für Morton ist Croup = Laryngismus stridulus. Zwischen letzterem Leiden und Krampfasthma findet er folgende Analogieen und Berührungspunkte: Plötzlicher, nächtlicher Anfall, Remission während des Tages, Wiederholung des Anfalls mehrere Nächte hintereinander, Neigung zu Recidiven, grössere Häufigkeit beim männlichen Geschlecht, trockene Anfangs- und feuchte spätere Stadien, Aufhören der Neigung zu Croup und Beginn der Neigung zu Asthma etwa im 6. Lebensjahre, häufiger Ausgangspunkt beider Leiden von leichten catarrhalischen oder dyspeptischen Zuständen, das häufige Vorkommen beider im Sommer ebenso gut wie im Winter. Alle diese Eigenthümlichkeiten zeigten, nach M.'s Meinung, dass Croup nicht eine wirkliche Laryngitis mit Lähmung (? Ref.) darstelle, wie dies die allgemein acceptirte Pathologie des Leidens sei (? Ref.), sondern eine paroxysmale Dyspnoë in Folge von Innervationsstörungen des Kehlkopfs, analog den bronchialen Innervationsstörungen des Asthmas. Es bleibe hierbei eine offene Frage, ob die Störung motorischer oder trophischer Natur sei. Sir Andrew Clark's Hypothese von passageren, quasi-erectilen Schleimhautschwellungen (vgl. Centralblatt III., S. 84) gebe eine ebenso vollständige und befriedigende

Erklärung für die Pathologie des Croup, wie für die des Asthma. Endlich warf M. die Frage auf, ob nicht Heufieber, Croup und Asthma in Wirklichkeit nur verschiedene Ausdrucksweisen eines und desselben pathologischen Zustandes darstellten.

Discussion: Dr. Charles West bemerkte, dass Kinder, die in frühen Lebensjahren an Croup oder stridulöser Laryngitis gelitten hätten, in späterem Alter zur Erkrankung an echtem Asthma neigten. Das Asthma der Kinder verschwände in der Regel zur Pubertätsperiode, notabene aber nur bei sorgfältiger Behandlung des Allgemeinbefindens der kleinen Patienten. Croup sei im Wesentlichen spasmodischer Natur, werde aber oft durch plötzlichen Temperaturwechsel, leichte catarrhalische Anfälle und Diätfehler hervorgerufen. Beim Croup seien die Phänomene die eines Krampfes plus einem anderen Element; beim Laryngismus stridulus bilde der Krampf den Hauptzug; ein auszeichnendes Merkmal des ersteren seien die catarrhalischen Symptome. Er sei zur Zeit noch für die Beibehaltung des Ausdrucks „Laryngitis stridulosa“, da er die Ansicht nicht ganz aufgeben könne, dass eine Congestion oder Entzündung des Kehlkopfs gewöhnlich mit dem Leiden verbunden sei. — Dr. Goodhart kam darauf zurück, dass Croup und Laryngitis stridulosa im späteren Leben durch Asthma ersetzt würden, und frug, ob ein entsprechender Ersatz des kindlichen Asthma nach dessen Aufhören zur Pubertätsperiode vorkäme? — Dr. Hughlings Jackson sprach zunächst seine Anerkennung des Werthes der Morton'schen Arbeit aus, und verbreitete sich dann über den Laryngismus stridulus und die Convulsionen in Fällen spasmodischer Laryngitis. Er sei der Ansicht, dass diese Krampfanfälle, und wahrscheinlich auch die Krampfanfälle bei der Pneumonie und anderen acuten Krankheiten des Kindesalters die Folge von Impulsen seien, welche in Theilen der Medulla oblongata oder des Pons Varolii ihren Ursprung nähmen; dieselben hingen, mit anderen Worten, von Entladungen von Nervenkraft ab, die in Theilen begännen, welche zum niedrigsten Evolutionsstadium — dem „wahren spinalen System“ Marshall Hall's — gehörten. Er hielt es für äusserst wichtig, den Beginn und das Fortschreiten (den „Marsch“) der Convulsionen in diesen Fällen ebenso genau zu studiren, wie gegenwärtig die von dem mittleren Evolutionsstadium — der sogenannten „motorischen“ Region — ausgehenden epileptiformen Anfälle und die — nach der Ansicht des Sprechers durch Entladungen von dem höchsten Evolutionsstadium aus bedingte — echte Epilepsie studirt würden. Angesichts der Experimente von Victor Horsley solle man u. a. besonders darauf achten, ob die Krämpfe, welche bei den Convulsionen von Kindern in den verschiedenen afficirten Regionen zur Beobachtung kämen, tonischer oder klonischer Natur wären. Der Sprecher kam hierbei auf seine kürzlich („Brain“, April 1886) vorgebrachte Hypothese hinsichtlich der Convulsionen beim Laryngismus stridulus zurück. Er ist der Ansicht, dass dieselben in Folge von Entladungen entstehen, welche in den Respirationscentren beginnen und durch die Hypervenosität des Blutes, d. h. durch einen Excess ihres natürlichen Stimulus bedingt sind. Dass bei gewissen niederen Thieren sowohl durch artificielle Hypervenosität wie durch rapide Blutentziehung Convulsionen bewirkt werden können, sei wohlbekannt; in diesen Fällen ist die Convulsion respiratorischer Natur und kommt wahrscheinlich

durch Fehlen des Sauerstoffs zu Stande. Nach Kussmaul und Tenner seien bei Kaninchen noch nach Entfernung des eigentlichen Gehirns durch schnelle Blutentziehung Convulsionen zu erzielen. Laryngismus stridulus komme bei Kindern in einem Alter vor, in welchem der Respirationsapparat noch unvollständig entwickelt sei, und zwar am häufigsten bei Kindern, die in Folge von Rachitis weiche Rippen hätten; ausserdem träten die Anfälle gewöhnlich während des Schlafes, d. h. zu einer Zeit auf, in welcher die Respiration weniger lebhaft sei, — alle diese Verhältnisse bedingten Hypervenosität. Die günstigen Wirkungen frischer Luft, der Landluft, kalter Abreibungen sprächen für seine Hypothese, ebenso die von manchen Autoritäten warm empfohlene Anwendung von Moschus und Belladonna: beide Mittel gehörten zur Klasse der respiratorischen Stimulantien. Seiner Ansicht nach stelle das Krampfasthma sowohl beim Kinde wie beim Erwachsenen eine respiratorische Convulsion dar, bedingt durch Entladung von nicht genügend ausgebildeten (kleinen?) Respirationscentren aus und zwar in Folge von Hypervenosität. — Dr. West fügte hinzu, dass sowohl Asthma wie Croup häufiger das männliche Geschlecht zu befallen schienen als das weibliche, während bei anderen nervösen Affectionen, wie bei der Chorea, das Verhältniss genau das umgekehrte sei. Er erinnere sich keines Falles, in welchem im späteren Leben eine Neurose dem kindlichen Asthma gefolgt sei, und ebensowenig eines Falles, in welchem während stridulöser Laryngitis allgemeine Convulsionen aufgetreten seien. Beim Laryngismus stridulus seien die convulsivischen Bewegungen fast ausschliesslich auf die Extremitäten beschränkt.

Sowohl der Gegenstand und die Resultate der Arbeit selbst, wie vor allen Dingen die geistreichen und philosophischen Bemerkungen Dr. Hughlings Jackson's, welche einen ganz neuen Gedankenkreis eröffnen und die höchste Aufmerksamkeit jedes Laryngologen verdienen, rechtfertigen nach Ansicht des Ref. die Ausführlichkeit der obigen, fast wörtlich nach dem Originalbericht im Brit. Med. Journ. übersetzten Darstellung, wenn er gleich schon jetzt bemerken möchte, dass sich gegen die Theorie der Auslösung des Laryngismus stridulus von den medullären Centren aus gewichtige Einwendungen erheben lassen, und es ihm wahrscheinlicher ist, dass derselbe von der Rinde aus ausgelöst wird. Mehr hierüber an anderer Stelle. SEMON.

77) F. Massei (Neapel). **Ueber einen Fall von Kehlkopflähmung in Folge von Rindenläsion. (Sopra un caso di paralisi laringea per lesione corticale. Lezione clinica.)** *Archivii ital. di Laringologia. Fasc. II. 1887.*

Ein interessanter Fall von linksseitiger Posticuslähmung in Folge centraler, wahrscheinlich auf das motorische Rindencentrum beschränkter Läsion. Dieselbe beruht, nach den übrigen Symptomen zu schliessen, auf syphilitischen Gefässveränderungen. Verf. bespricht die bekannten Meinungsdifferenzen von Semon und Krause. In seinem Fall zeigt die Schlaffheit des Stimmbandes mit Sicherheit, dass eine Lähmung des linksseitigen Posticus vorliegt. Er ist der Ansicht, dass es mit dem Laryngoscop vollständig möglich ist, eine Lähmung des Erweiterers von einem Spasmus des Verengerers zu unterscheiden.

Der Kranke, um den es sich handelt, hat vor 15 Jahren ein Geschwür am

Penis gehabt, auf das übrigens keine Allgemeinerscheinungen folgten. Vor fünf Jahren erkrankte er mit Kopfschmerzen und Schwindel. Vor einem Jahre wurde nach einem Anfall von Kopfschmerzen seine Stimme rauh, und nach einigen Tagen stellte sich eine Dyspnoë ein, die bis zur Bewusstlosigkeit führte. Der 34jährige Patient leidet an Dysphagie, Husten, Heiserkeit und an sehr intensiven Kopfschmerzen mit Schwindel. Die Inguinal- und Cervicaldrüsen sind etwas geschwellt. Am Gefässsystem nichts Abnormes zu constatiren. Die Augenspiegeluntersuchung ergiebt beiderseitige Chorioiditis. Die Muskeln der linken Gesichtshälfte sind schlaff. Sensibilität überall normal. Das linke Stimmband ist beinahe unbeweglich, es entfernt sich kaum von der Mittellinie. Bei der Phonation nähert es sich derselben gut. Die Bewegungen des rechten Stimmbandes sind ungeordnet, träge und denen des linken nicht gleichzeitig. Die Sensibilität des Larynx ist normal.

Die Action des linken Stimmbandes, der Kopfschmerz, sowie das Allgemeinbefinden besserte sich nach grossen, ein Jahr lang fortgesetzten Jodkalidosen.

M. diagnosticirt demnach eine Lähmung des Crico-arytaenoideus posticus sinister, die er nach ihrem Beginn mit Gehirnerscheinungen auf eine Rindenläsion zurückführt. Er sieht in seiner Beobachtung eine Stütze für die Annahme eines durch die Versuche von Krause, Munk u. A. wahrscheinlich gemachten motorischen Centrums für die Kehlkopfmuskeln. Die Läsion dieses Centrums muss im vorliegenden Fall eine sehr beschränkte sein, weil kein anderes benachbartes motorisches Centrum — insbesondere nicht das der Sprache — in seiner Function beeinträcht ist.

[Es ist durchaus unwahrscheinlich, dass eine Rindenläsion einseitige Stimmbandlähmung zur Folge haben kann. Vgl. Centralblatt III., S. 299 und Referat 54 dieser Nummer. Red.]. KURZ.

78) **Erben** (Wien). **Lähmungserscheinungen am Pharynx und Larynx bei halbseitiger Bulbärparalyse.** Aus der Abtheilung für Nervenkranke des Prof. Meynert. *Wiener med. Blätter. No. 1 u. 2. 1887.*

In den zwei beobachteten Fällen apoplectiformer Bulbärparalyse bestanden nebst Parese der unteren Facialisäste, Abmagerung der Zunge, Parese und Abflachung des hinteren Gaumenbogens der erkrankten Seite, Schiefstellung der Uvula, erschwertem Schlucken und leichter Herabsetzung der Empfindlichkeit des Rachens und Kehlkopfeinganges auch Veränderungen an der hinteren Rachenwand und in der Stellung des Zungenbeines und Kehlkopfes, welche E. folgendermassen beschreibt: die gelähmte Hälfte der hinteren Rachenwand ist weiter nach hinten und aussen ausgebuchtet, als die intakte, und ihre seitliche Wand verbreitert und in Längsfalten gelegt. E. führt diese Veränderung auf den Ausfall des Tonus der Constrictores pharyngis zurück, während die Parese des N. palatopharyng. keinen Einfluss darauf hat. Ferner tritt das grosse Zungenbeinhorn auf der gesunden Seite mehr hervor, der Kehlkopf ist nach der gesunden Seite hingezogen und zugleich so gedreht, dass der vordere Winkel der Stimmritze mehr gegen die aktive Seite sieht; der Grund davon liegt nach ihm in der einseitigen Parese der M. stylohyoideus, stylopharyngeus, hyo- und laryngopharyngeus, wo-

durch die Muskeln der Gegenseite das Uebergewicht bekommen. E. fordert schliesslich auf, bei Fällen von halbseitiger Bulbärparalyse auf diese Veränderungen zu achten. CHIARI.

79) **Wl. Oltuszewski** (Warschau). **Halbseitige Larynxparalyse, complicirt mit Paralyse einiger Cerebralnerven. (Połowiczny zupełny paraliż krtanni, powikłany paraliżem nerwów mózgowych.)** *Medycyna. No. 21. 1887.*

Ein 30jähriger, bisher vollkommen gesunder Mann wurde im August 1886 durch einen Messerstich derartig in die linke Gesichtshälfte getroffen, dass eine ca. 1 Zoll lange Wunde in der Gegend des Unterkieferwinkels entstand, die tief bis an den Knochen drang. Wegen starker Blutung wurde der bewusstlose Patient nach dem Hospital gebracht, wo er während 5 Tagen weder sprechen noch schlingen konnte. Allmälig besserte sich dieser Zustand, doch blieb das Schlingen erschwert und wurden die Speisen durch die Nase regurgitirt. Die Stimme blieb heiser. Am 9. November 1886 fand O. bei der ersten Untersuchung in der Gegend des linken Masseters eine 1 Ctm. lange Narbe, die parallel dem Verlauf des N. facialis und etwa 1 Zoll unter demselben verlief.

Es wurden constatirt:

1. Störungen im Gebiete des N. sympathicus, nämlich: Verengerung der linken Pupille, Beschleunigung des Pulses (80—120 Schläge), Aufhebung der Schweisssecretion der linken Körperhälfte, vorwiegend des Kopfes.
2. Lähmung der unteren Aeste des N. facialis, welche den Constrictor und die Dilatatoren der Mundöffnung innerviren.
3. Linksseitige Hemiatrophie der Zunge mit erschwerter Beweglichkeit.
4. Linksseitige vollständige Stimmbandlähmung mit Cadaverstellung.
5. Linksseitige Gaumenlähmung.

Die Untersuchung mit dem electrischen Strome ergab eine partielle Entartungsreaction derjenigen Muskeln, welche von dem Facialis und Hypoglossus versorgt werden. Die Diagnose schwankte zwischen einer peripheren traumatischen oder einer centralen, durch Bluterguss in die Medulla oblongata veranlassten Läsion. Doch sprach Manches für die erste periphere Annahme.

Durch Faradisation der mimischen Muskeln, ferner der Zunge, des Velums und des Kehlkopfes wurde eine bedeutende Besserung erzielt. Dieser Fall kann nach Ansicht des Verf.'s, falls eine periphere Ursache angenommen wird (Trauma), als Beitrag zur Annahme einer bisher nicht bekannten einseitigen peripheren Bulbärparalyse betrachtet werden. Klinisch ist nämlich ausser der wahren Bulbärparalyse (Wachsmuth) noch eine cerebrale Pseudoparalyse durch Lépine beschrieben worden, verursacht durch eine symmetrische Läsion des Gyrus frontalis inferior, Gyrus centralis anterior oder der angrenzenden weissen Substanz. HERING.

80) **Martius** (Berlin). **Ueber Accessoriuslähmung bei Tabes dorsalis.** Aus Gerhardt's Klinik. *Berliner klin. Wochenschrift. No. 8. S. 126. 1887.*

Der Kranke, der in diesem Aufsatz besprochen wird, ist derselbe, an welchem Landgraf die Larynxkrisen geschildert hat, die durch Cocaïnpinselung hintenan gehalten werden konnten (vgl. Centralblatt, III., S. 396), und schon deshalb für

uns von hohem Interesse. Bei demselben hat sich inzwischen eine Lähmung und Atrophie der nach Henle vom Accessorius versorgten Theile des Musc. cucullaris ausgebildet. Die Claviculärportion ist intakt, ebenso die ebenfalls gleichzeitig von Nerven des Plexus brachialis innervirten Musculi sternocleidomast. Martius nennt die im Larynx vorliegende Veränderung eine „Lähmung der Musculi cricoarytaenoidei" und führt im Laboratorium von Flechsig gemachte Untersuchungen von Darkschewitsch dafür an, dass der Accessorius vagi und der Accessorius spinalis sich nicht nur aneinander lagern, sondern auch denselben Kernen entspringen.

B. FRAENKEL

81) **B. Küssner** (Halle). **Zur Kenntniss der Vagussymptome bei Tabes dorsalis.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 20. S. 356. 1887.*

Zwei Fälle von typischen Larynxkrisen bei Tabes, die bereits von Wegener in seiner Doctordissertation veröffentlicht sind. Küssner betrachtet die Posticuslähmung als die primäre und erklärt die Anfälle durch eine zu dieser Lähmung hinzutretende reflectorische, durch den Vagus vermittelte Contractur der Schliesser. Hierfür spräche der in seinen Fällen beobachtete prompte Erfolg der innerlichen Darreichung des Bromkali.

B. FRAENKEL.

82) **Oppenheim** (Berlin). **Ein Fall von Tabes dorsalis, in welchem neben gastrischen Anfällen und Larynxkrisen krampfhafte Schlingbewegungen (Pharynxkrisen) bestehen.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 17. S. 310. 1887.*

Die Pharynxkrisen „bieten eine eigenartige und, soweit dem Vortragenden bekannt ist, bisher nicht beschriebene Störung: von Zeit zu Zeit stellen sich Schlingkrämpfe ein, eine Schluckbewegung folgt schnell der anderen (ca. 24 in der Minute), dabei hört man glucksende Töne und Stridorgeräusche — ein solcher Anfall hat eine Dauer von 10 Minuten, besteht aber auch wohl länger, wenn auch dann in abnehmender Intensität. Diese Anfälle entwickeln sich spontan oder werden durch Verschlucken eingeleitet; können aber durch Druck auf die Gegend zur Seite des Kehlkopfs — es findet sich hier ein schmerzhafter Druckpunkt — jederzeit ausgelöst werden."

B. FRAENKEL.

83) **F. Felici** (Neapel). **Laryngeale Paralysen und Krisen als Behelf zur Diagnose der beginnenden Tabes. (Paralisi e crisi laringee come contributo alla diagnosi dell' inizio dell' atassia locomotrice.)** *Archivii ital. di Laryngologia. Fasc. II. 1887.*

Es handelt sich um eine 53jährige Frau, bei der eine doppelseitige Lähmung der Erweiterer mit laryngealen Krisen bestand. Verf. zieht aus seiner Beobachtung folgende Schlüsse:

1. Bei der Tabes finden sich nicht nur die Kehlkopfkrisen, sondern auch Lähmungen oder diese zugleich mit den Krisen.

2. Vielleicht dürften sich manche für hysterische gehaltene Lähmungen oder Störungen bei weiterer Beobachtung als der Tabes angehörig erweisen.

3. Wenn bei einseitiger oder doppelter Lähmung der Erweiterer keine klare Ursache vorliegt, so richte man sein Augenmerk auf beginnende Tabes.

4. Man suche dem Kranken die Krisen zu erleichtern und halte sich stets zur Tracheotomie bereit.

5. Die Besserung in solchen Fällen unter der localen Anwendung von Cocaïn und dem innerlichen Gebrauch von Bromkali spricht für die Erklärung Charcot's, dass die Krisen durch Hyperästhesie der Kehlkopfschleimhaut und Hyperexcitabilität der nervösen Centren bedingt sind. KURZ.

84) **Discussion über das Ausfallen von Zähnen bei der Tabes dorsalis.** *British Med. Journal. 19. Februar 1887.*

In der Discussion über einen Vortrag Hale White's über obigen Gegenstand in der Pathol. Society of London lenkte Semon die Aufmerksamkeit auf einen anscheinenden Zusammenhang von Zahn- und Kehlkopfaffectionen bei der Tabes. Erstere träten nach seiner Erfahrung in zweierlei Form auf. 1. anscheinend gesunde Zähne fielen ohne bekannte Veranlassung aus, 2. es erfolge eine schmerzlose Exfoliation von Kiefertheilen mit Alveolen und anscheinend normalen Zähnen in letzteren. Letzteres Phänomen habe er bei einem tabischen Patienten mit doppelseitiger Posticusparalyse zu wiederholten Malen zu beobachten Gelegenheit gehabt, und dasselbe sei von hohem Interesse angesichts der Buzzard'schen Hypothese von der räumlichen Nachbarschaft der trophischen Knochencentren und des Vago-Accessoriuskerns. — [Es dürfte sich wohl verlohnen, dass Collegen, die die Gelegenheit haben, Kehlkopfsymptome bei Tabes zu beobachten, zu ermitteln suchten, ob es sich in der That um einen Zusammenhang oder nur um ein Zusammentreffen handelt. Ref.]. SEMON.

85) **A. E. Garrod** (London). **Ein Fall von Lähmung der Glottiserweiterer mit Läsionen verschiedener Hirnnerven. (A case of paralysis of the abductors of the vocal cords with lesions of several cranial nerves.)** *St. Bartholomew's Hospital Reports. Vol. XXII. 1886.*

Ein 60jähriger Mann wurde mit schwerer Dyspnoë und krähender Inspiration in's Krankenhaus aufgenommen. Anamnestisch stellte sich heraus, dass die Dyspnoë ganz allmälig gewachsen sei. Pat. gab spontan an, dass er im Schlafe grossen Lärm mache. Das Laryngoscop zeigte eine vollständige Lähmung der Stimmbandöffner.

An demselben Nachmittag wurde die Tracheotomie gemacht und Patient erholte sich sehr gut nach der Operation.

Als sich die schlimmsten Symptome gebessert hatten, wurde sein Allgemeinzustand untersucht, und eine Lähmung verschiedener Hirnnerven gefunden. Der Geruch war rechts ein wenig geschwächt. Die Pupillen waren ungleich und theilweise gelähmt. Es bestand rechts vollständige Ptosis, der rechte Augapfel war absolut fixirt, der rechte Rectus externus gelähmt. Leichtes Doppeltsehen. Sensibilität oberhalb der rechten Augenbraue geschwächt. Keine Facialisparalyse. Gehör vermindert. Die Zunge wurde etwas nach links herausgestreckt. Die vom Nerv. ulnaris versorgten Partien, namentlich rechts, wiesen verminderte Sensibilität und Taubheitsgefühl auf. Es bestand ferner Taubheit der Zehen, und das Kniephänomen fehlte.

Die paralytischen Zustände zeigten trotz grosser Dosen Jodkali keine Besserung, wiewohl die Symptome deutlich auf ein Gummi an der Basis cerebri hinwiesen und auch anamnestisch Syphilis festgestellt wurde AUTOREFERAT.

86) **Beschorner. Doppelseitige Paralyse der Glottiserweiterer in Folge von Druck eines Aortenaneurysmas auf den N. recurr. sinistr. Ruptur jenes. Tod.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 5. 1887.*

Der Titel besagt den Inhalt. B. sagt zum Schlusse, die schwere Läsion eines Recurrens genüge, sei es durch welchen Vorgang immer, beide Mm. arytaenoidei postici functionsunfähig zu machen. (Der Verf. hat in der folgenden Nummer der Monatsschrift letztgenannten Satz folgendermassen berichtigt: „Fälle, wie der vorliegende, sind es, welche leicht den Glauben zu erwecken vermögen, dass die schwere Läsion eines Recurrens genügt, sei es durch welchen Vorgang immer, beide Mm. arytaenoidei postici functionsunfähig zu machen.“ Red.)

SCHECH.

87) **Navratil** (Pest). **Ein Fall von Lähmung beider Stimmbänder.** Demonstration in der Gesellschaft der Aerzte in Budapest. Sitzung vom 29. Januar und 5. Februar 1887. *Pester med. chir. Presse. No. 6 u. 7. 1887.*

N. nahm eine Lähmung beider Nervi recurrentes durch Aortenaneurysma an; die Section ergab aber ein Oesophaguscarcinom. Näheres über Stellung der Stimmbänder fehlt.

CHIARI.

88) **Schäffer** (Bremen). **Aneurysma der Aorta anonyma.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. No. 1. 1887.*

Bei einem 60jährigen ehemaligen Schiffscapitän fand S. eine Paralyse des linken M. thyreoarytaen. int. und cricoarytaen. posticus neben handtellergrosser Dämpfung, Pulsschlag und schwirrendem Geräusch an der vorderen linken oberen Brustseite. Eines Tages hustete Patient Blut aus und konnte S. einen linsengrossen Blutschorf auf der vorderen Trachealwand zwischen dem 3. und 4. Trachealknorpel entdecken. 4 Wochen später wurde Patient todt in einer Blutlache schwimmend in einem Eisenbahncoupé aufgefunden.

In einem anderen Falle bestand Lähmung des linken Cricoarytaen. posticus und des linken Taschenbandes bei ausgesprochener inspiratorischer Dyspnoe.

SCHECH.

89) **Olt** (Prag). **Zur Casuistik der Stimmbandlähmung mit Sensibilitätsparese.** Vortrag, gehalten in der Sitzung des Vereins deutscher Aerzte vom 18. März 1887. *Prager med. Wochenschrift. No. 13. 1887.*

Ein kräftiger 35jähriger Mann wurde vor 4 Monaten in Folge einer Erkältung heiser und seit 14 Tagen fast stimmlos, ohne dass jemals Schmerz aufgetreten wäre. Starke Phonationsanstregung machte die Stimme ganz klanglos, mässige dagegen etwas besser. Die Untersuchung des Kehlkopfes ergab leichte catarrhalische Erscheinungen und eine Parese des M. cricoarytaen. lat. sin. und der Mm. thyreoarytaen. int. und thyreoarytaen. ext. derart, dass der linke Processus vocalis nicht bis zur Mittellinie gebracht werden konnte, das linke Stimmband erschlafft blieb und der linke Aryknorpel bei der Phonation zurückblieb. Die Glottis klaffte auf 3 Mm. Ausserdem fand sich im linken Recessus laryngopharyngeus, gerade über dem M. cricoarytaen. later. sin., eine anästhetische Stelle; O. führt sie zurück auf eine directe Läsion der an dieser Stelle mit den motorischen Nervenfasern so enge beisammen liegenden sensiblen durch die Er-

kältung. Vor dieser anästhetischen Stelle lag im Sinus pyriformis eine hyperästhetische Stelle, welche entweder bedingt war durch einen besonders starken sensiblen Zweig, der hier zufällig austrat, oder durch einen Reizzustand der daselbst liegenden Nerven. Den Umstand, dass starke Phonationsanstrengungen die Stimme ganz klanglos machten, führt O. darauf zurück, dass bei starker Bewegungsintention die intacten Erweiterer so überwiegend innervirt wurden, dass die Verengerer gar keine Wirkung entfalten konnten; bei schwacher Intention aber konnten die Verengerer noch die ebenfalls mässig innervirten Erweiterer überwinden. O. weist noch hin auf die Analogie mit Streckern und Beugern der Extremitäten. CHIARI.

90) **Botkin** (Petersburg). **Lähmung des linken Stimmbandes in Folge von Druck der vergrösserten Larynxdrüsen auf den Recurrens im Verlaufe einer chronischen Pneumonie. (Paralitsch levoi golosovoi swjaski etc.)** *Geschen. klin. gaz. No. 1. 1887.*

Eine klinische Vorlesung, deren ganzen Inhalt die Ueberschrift enthält.

LUNIN.

f. Schilddrüse.

91) **Mayo Robson** (Leeds). **Eine Methode der Behandlung von Schilddrüsencysten. (A method of treating thyroid cysts.)** *Brit. Med. Journ. 22. Januar 1887.*

In einem am 14. Januar 1887 vor der Clinical Society of London gehaltenen Vortrage proponirte R. die Incision von Kropfcysten mit nachfolgender Annähung der Cystenwandung an die Ränder der Hautwunde. Letztere Modification hielt er für neu. An der Discussion, die nichts besonders Neues zu Tage förderte, betheiligten sich die Herren Bryant, Christopher Heath, Clutton, Gant und Stephen Mackenzie. Die bekannten Gefahren der operativen Behandlung mittelst Punction, Injection reizender Flüssigkeiten, Incision etc., nämlich: Blutung, Embolie etc., wurden durch Berichte einiger der genannten Herren über ihre eigenen Erfahrungen aufs Neue illustrirt. — In einem an den Redacteur des B. M. J. gerichteten und in der Nummer vom 29. Januar veröffentlichten Briefe theilt B. mit, dass er durch den Referenten erfahren habe, dass die von ihm für neu gehaltene Modification vor 30 Jahren von dem jüngeren Chelius vorgeschlagen und von demselben wie von vielen anderen Chirurgen seitdem häufig ausgeführt worden sei. SEMON.

92) **Fort. Cyste der Schilddrüse; Exstirpation; Heilung. (Kyste du corps thyroïde; exstirpation; guérison.)** *Gaz. des hôp. No. 6. 13. Januar 1887.*

Es handelt sich um eine Cyste von der Grösse einer Orange, welche Erstickungsanfälle verursachte (da der Autor den Larynx nicht untersucht hatte, so giebt er auch nicht an, durch welche Läsion dieselben hervorgerufen wurden). Die Operation war leicht und wurde ohne Ligatur gemacht. Hieraus schliesst der Verf., dass man die Schilddrüsenexstirpation ausführen solle, ohne die Gefässe zu unterbinden! E. J. MOURE.

93) **R. F. Weir. Tumor der Schilddrüse, exstirpirt nach Socin's Methode. (Tumor of the thyroid removed by Socin's method.)** *New-York Med. Journ. 15. Jan. 1887.*

Der Tumor fand sich vor bei einer Person von 21 Jahren, welche geistig

zurückgeblieben war und die Erscheinungen eines beginnenden Myxödems darbot. An der linken Halsseite derselben sass ein vergrösserter, unregelmässig gestalteter Schilddrüsentumor, der seit der Kindheit existirt hatte. Rechts war eine allgemeine Vergrösserung der Drüse weder zu sehen noch zu fühlen, aber in nahezu gleicher Richtung mit dem Larynx sass eine rundliche bewegliche Geschwulst von Hühnereigrösse. Es wurde eine senkrechte Incision gemacht, die Schilddrüse getroffen und ihr Gewebe, von tiefrother Farbe, wurde bis zur Tiefe von mehr als $^1/_4$ Zoll durchschnitten, bis der Tumor freigelegt war. Hierauf wurde mit dem Ende des Scalpells und dem Fingernagel die Ausschälung einer sandglasförmigen Geschwulst von 6 Ctm. Länge und ca. Ctm. Breite prompt ausgeführt. Die Wunde heilte per primam.

LEFFERTS.

94) Heydenreich. **Die intraglanduläre Ausschälung des Kropfes. (L'énucléation intra-glandulaire du goitre.)** *Sem. méd. 12. Januar 1887.*

H. erinnert daran, dass der Kropf sich im Allgemeinen aus einer Kapsel entwickelt. welche zu eröffnen von Wichtigkeit ist, da man so schnell die Operation beendigen kann. Dieses Verfahren, sagt Socin, hat nicht nur den Vortheil, die Operation leichter zu gestalten, sondern es verhütet auch die Cachexia strumipriva.

E. J. MOURE.

95) Falcone. **Die intraglanduläre Enucleation der Kropfknoten und die operative Behandlung des Kropfes mittelst der Ligatur der zuführenden Gefässe. (La enucleazione intra-glandulare dei nuclei del gozzo, ed il trattamento operatorio del gozzo con la legatura dei vasi afferenti.)** *Gazzetta degli Ospitali. No. 28. 1887*

Eine Schilderung des bekannten Verfahrens von Socin, sowie desjenigen von Wölfler.

KURZ.

96) Vincent Jackson (Wolverhampton). **Adenoider Kropf. (Adenoid bronchocele.)** *Brit. Med. Journal. 29. Januar 1887.*

Ein 14 jähriges Mädchen wurde der Wolverhampton Medical Society vorgestellt, bei welchem der Isthmus der Schilddrüse wegen schwerer Dyspnoe in Folge eines grossen Kropfes gespalten worden war. Die Symptome besserten sich durch die Operation, auf welche eine Verkleinerung des Umfanges der Geschwulst folgte.

A. E. GARROD

97) Arthur Kahn. **Ueber Struma ossea.** Berliner Dissertation. 1886.

Zwei Fälle von Struma mit Knochenstücken aus Lücke's Beobachtung.

B. FRAENKEL.

98) Joseph Coats (Glasgow). **Hypertrophischer Kropf mit secundären Tumoren. (Hypertrophic goitre with secondary tumours.)** *Brit. Med. Journ. 9. April 1887.*

Einer jener merkwürdigen Fälle, wie solche von Cohnheim, Billroth-Wölfler, Henry Morris und G. R. Turner beschrieben worden sind, und in welchen sich bei Bestehen eines einfachen, nicht malignen Kropfes (im vorliegenden Falle zeigten sich ausser leichter Colloidmetamorphose noch fibroide Induration und Kalkinfiltration) ganz ebenso beschaffene pulsirende Tumoren im Schädel (wie im vorliegenden Falle) oder in anderen Theilen des Körpers entwickeln. Die Präparate wurden der Pathol. Society of London am 5. April 1887

demonstrirt und hinsichtlich der interessanten Details muss auf die Transactions der Gesellschaft verwiesen werden. Die Discussion förderte nichts Besonderes zu Tage. SEMON.

99) **Köhler** (Berlin). **Struma sarcomatosa (mit Metastase?).** *Berl. klin. Wochenschrift. No. 1. S. 13. 1887.*

Die vermuthete Metastase war ein am Hinterkopf sitzender Tumor.
B. FRAENKEL.

g. Oesophagus.

100) **Philipp D. Turner** (London). **Ein Fall von Retro-oesophagealabscess, den Tod durch Druck auf die Trachea herbeiführend. (A case of retro-oesophageal abscess causing death by pressure on the trachea.)** *Lancet. 1. Januar 1887.*

Es handelt sich um ein dreimonatliches Kind in Behandlung des Dr. Julian Evans. Das Kind wurde vor einigen Wochen ambulatorisch von dem Victoriahospital wegen syphilitischen Ausschlags, gefolgt von subcutaner Phlegmone der Glieder, behandelt. Am 19. April hatte es einen Anfall von Dyspnoe, welcher wenige Minuten dauerte. Als seine Mutter es am 22. April wieder ins Hospital brachte, wurde es wieder von Dyspnoe befallen und war bei seiner Aufnahme cyanotisch; auch bestand Einziehung der Thoraxwand. Der Puls war frequent und schwach, die Stimme nicht heiser. Das Kind wurde in ein Dampfzelt gebracht, woselbst heisse Bähungen des Halses gemacht wurden. Als der Zustand sich in einer Stunde verschlimmerte, wurde die Tracheotomie ausgeführt, worauf das Kind sich sehr erholte. Nach drei Stunden aber wiederum Verschlimmerung, obwohl es gierig Milch und Brandy nahm. Vier Stunden nach der Operation starb es.

Bei der Autopsie fand man einen wallnussgrossen Abscess hinter dem Oesophagus und dem unteren Theil des Pharynx. Die Höhle wurde hinten von den Körpern und den Processus transversi der Wirbel begrenzt, an denen sich nichts Krankhaftes zeigte. Der Abscess erstreckte sich von dem Ringknorpel bis $^1/_4$ Zoll oberhalb der Bifurcation der Trachea. Dieselbe war leicht abgeflacht, jedoch gesund bei der Eröffnung.

Der Tod wurde wahrscheinlich zum grossen Theil durch eine Erkrankung der Lungen herbeigeführt, deren Ränder und Oberlappen deutlich emphysematös waren, während die Unterlappen rothe Farbe hatten und im Wasser untersanken. T. führt die Abscessbildung auf eine Eiterung der postpharyngealen Lymphdrüsen zurück. A. E. GARROD.

101) **Lindemann** (Augsburg). **Ein Fall von Ulcus oesophagi rotundum perforans.** *Münchener med. Wochenschrift. No. 26. 1887.*

Ein 48jähriger Herr, der schon einige Zeit an gastrischen Störungen gelitten hatte, erkrankte ganz plötzlich auf der Strasse unter heftigsten Schmerzen an grosser Athemnoth. Der sofort gerufene Arzt constatirte einen doppelseitigen Pneumothorax, dem Patient erlag. Die Section ergab freie Luft im Pleuraraum, der letztere mit Speiseresten angefüllt; im unteren Theil der Speiseröhre, 2 Ctm. über der Cardia, eine längliche, 2 Ctm. breite Perforation. Magen und Darm ganz normal. SCHECH.

102) Peter. **Krampfhafte Verengerung des Oesophagus. (Rétrecissement spasmodique de l'oesophage.)** *Paris méd. 5. Févr. 1887.*

Es handelt sich um die Wiedergabe einer Beobachtung, die bereits in der These von Pflimlin (vgl. Centralblatt III., S. 469) über diesen Gegenstand veröffentlicht wurde. E. J. MOURE.

103) W. J. Cleaver (Sheffield). **Extraction eines Fremdkörpers aus dem Oesophagus. (Extraction of a foreign body from the oesophagus.)** *British Medical Journal. 5. März 1887.*

Eine Münze wurde von einem dreijährigen Kinde verschluckt und 12 Tage darauf mit einer Zange aus dem Oesophagus entfernt. Die Münze lag quer im Oesophagus, ihre Flächen sahen nach vorn und hinten; ihre Einkeilung fand in der Nähe der zweiten Rippe statt. A. E. GARROD.

104) M. Giommi (Cesena). **Ein äusserer Speiseröhrenschnitt wegen Fremdkörpers. (Un' esofagotomia esterna per corpo estraneo.)** *Gazzetta degli Ospitali. No. 54. 1887.*

Nach einigen Bemerkungen über die nicht sehr reichhaltige Statistik der Oesophagotomia externa, sowie über die Schwierigkeiten der Operation, besonders bei Complication mit Struma, erzählt der Verf. seinen Fall.

Einer 41jährigen Frau blieb ein Hühnerknochen etwas unterhalb des Pharynx im Oesophagus stecken und verursachte Dysphagie und heftige Schmerzen. Sonden passirten ohne Schwierigkeit. Druck in einem Punkt des Sulcus carotideus linkerseits sehr schmerzhaft, sonst objectiv nichts nachzuweisen. Versuche, den Fremdkörper mit Sonden, Schwämmen, mit dem Instrument von Gräeff (soll wohl Gräfe heissen) zu entfernen, blieben vergeblich. (Mit der Schlundzange scheint kein Versuch gemacht worden zu sein.)

Am 10. Tage Operation, da sich eine Schwellung am Halse gebildet hatte und hohes Fieber und Dyspnoe eingetreten war. Beim Einschnitt zwischen Schilddrüse und grossen Gefässen entleerte sich eine Menge Eiter. Zur Freilegung des Oesophagus wurde die Art. thyr. sup. unterbunden und durchschnitten, der Oesophagus hierauf auf einer Steinsonde incidirt. Der Knochen ward nicht gefunden, er war entweder in den Abscess oder in den Verdauungstractus gefallen. Naht des Oesophagus. Glatte Heilung. KURZ.

105) E. B. Haywood. **Bericht über einen Fall von Oesophagotomia externa. (Report of a case of external oesophagotomy.)** *North-Carolina Medical Journal. März 1887.*

Es handelte sich um einen Fall, in dem die Operation behufs Entfernung eines Fremdkörpers, welcher gegenüber dem dritten Rippenknorpel sass, bei einem Geisteskranken ausgeführt worden war. Selbst nach Eröffnung des Oesophagus konnte der Fremdkörper weder ergriffen noch dislocirt werden, so dass die Operation aufgegeben wurde. Später gelangte der Fremdkörper spontan in den Magen und nachher in den Darmcanal. (Patient lebte 1 Monat 8 Tage nach der Operation und starb an septischer Infection.) LEFFERTS.

106) **Perry. Einkeilung eines Knochens im Oesophagus. (Bone impacted in oesophagus.)** *Glasgow Med. Journal. April 1887.*

In einer Sitzung der Path. and Clin. Society of Glasgow wurden der Oesophagus und die linke Lunge eines Patienten demonstrirt, bei welchem ein Knochenstück ($1\frac{1}{2} \times \frac{1}{2}''$) im Oesophagus eingekeilt war, ohne dass es entdeckt werden konnte, obwohl mehrere Aerzte consultirt worden waren. Schliesslich wurde der Fremdkörper ausgehustet; es ergaben sich jedoch Symptome einer Lungenerkrankung, welche einen tödtlichen Ausgang nahm. Die Präparate zeigten eine grosse geschwürige Oeffnung im Oesophagus und einen Abscess der linken Lungenspitze. Newman machte auf die Vortheile aufmerksam, welche die Anwendung einer Resonatorsonde bei der Diagnose solcher Fälle hat. M'BRIDE.

II. Kritiken und Besprechungen.

a) **Wörterbuch der praktischen Chirurgie von verschiedenen britischen Hospital-Chirurgen. (Dictionary of practical surgery by various British hospital surgeons.)** Herausgegeben von **Christopher Heath.** London. Smith Elder & Co. 1886.

Dieses Werk ist in zwei Royal-Octavbänden veröffentlicht worden, der Text umfasst 1800 eng geschriebene Seiten, in zwei Spalten gedruckt; ferner am Ende des zweiten Bandes einen Index der Autoren, der über die Beiträge jedes einzelnen Autors Auskunft giebt.

In der Vorrede erklärt der Autor, dass das Werk veröffentlicht wurde, „um einem Mangel in der Bibliothek des beschäftigten praktischen Arztes abzuhelfen, welcher nothwendigerweise oft Fällen chirurgischer Erkrankung oder Verletzung begegnet, über welche er sofort Auskunft hinsichtlich der Diagnose und Therapie wünscht.“ „Der Zweck des Herausgebers war, ein Compendium der Praxis der gegenwärtigen englischen Chirurgie zu liefern.“ Aus diesem Grunde wählte er eine Reihe von Chirurgen aus, welche Artikel über solche Gegenstände lieferten, auf welche sie grosse Aufmerksamkeit gewandt und zu deren Studium sie besondere Fähigkeit hatten.

Es ist nicht die Absicht der gegenwärtigen Besprechung, auf die allgemeineren Gegenstände einzugehen. Wir wollen nur erklären, dass die Autoren, der Herausgeber und die Verleger zu dem Erscheinen eines Werkes zu beglückwünschen sind, welches ihnen Allen zur Ehre gereicht.

Vergleicht man dieses Wörterbuch mit anderen bisher erschienenen ähnlichen Werken, so verdient es, bemerkt zu werden, dass ein grosser Theil der Beiträge von Specialisten geschrieben ist und dass ein guter Theil derselben Gegenstände von laryngologischem und rhinologischem Interesse behandelt. Es sind damit betraut worden: DDr. Felix Semon, William Anderson, William Morrant Baker, Davies Colley, Robert William Parker, Stephen Paget und William Walsham.

Diejenigen Beiträge, welche von besonderem Interesse für die Leser dieses Journals sind, enthalten Artikel über die verschiedenen Krankheiten der Nase, des Nasenrachenraumes, der Zunge, des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Schild-

drüse, ferner andere Artikel über Operationen und Untersuchungsmethoden. Wieder andere Artikel handeln über Aphonie, Dyspnoe und Dysphagie, wobei die verschiedenen Ursachen, welche diese Symptome hervorrufen, classificirt und deren Differentialdiagnose angegeben werden.

Im Allgemeinen wird jeder Gegenstand soweit als möglich nach folgendem Plan behandelt: Aetiologie, Pathologie, Symptome, Diagnose und Therapie. Diese Methode wird jedoch nicht durchweg befolgt. In manchen Artikeln werden die Krankheiten eines Organs in einer Reihe zusammengestellt und, wo dieses System befolgt wird, werden gegenseitige Hinweise darauf gegeben.

Wie zu erwarten ist, sind einzelne Beiträge werthvoller als die anderen. Im Ganzen genommen sind jedoch die Artikel wohl erwogen, exact, klar und einfach. Sie geben auch eine zuverlässige Uebersicht über den gegenwärtigen Stand der Theorie und Praxis und bilden einen sehr bedeutenden Theil des für den praktischen Arzt sehr werthvollen Werkes. DAVID NEWMAN (Glasgow).

b) **Frühjahrssitzung (1887) der „Société française d'otologie et de laryngologie"** **nach dem officiellen Bericht, veröffentlicht in der** *Revue mens. de Laryngologie. No. 5 u. 6.* **Allgemeine Sitzung. 13. April 1887.**

Einige Bemerkungen über einen Fall von hämorrhagischer Laryngitis von Garel. Es handelt sich bei dieser Beobachtung um einen Kranken von 55 Jahren, welcher an Rheumatismus mit Neigung zur Hämophilie litt. Seit zwei Jahren nur hatte man in seinem Auswurf Blutstreifen gefunden. Als G. ihn sah, constatirte er laryngoskopisch alle Zeichen einer hämorrhagischen Laryngitis. Der Kranke starb unter allen Erscheinungen der Herzschwäche.

Diese Beobachtung veranlasste den Autor zu folgenden Bemerkungen:

1. Die Hämorrhagie kann auch aus anderen Ursachen, als aus Anstrengungen entstehen.

2. Die Neigung zu Recidiven hat ihren Grund in dem Fortbestehen der Ursache.

3. Es kann plötzlich eine entzündliche Schwellung auftreten, die zur Tracheotomie nöthigt.

4. Die laryngoskopische Untersuchung allein kann die Diagnose feststellen.

5. Die submucösen Blutungen sind seltener als die oberflächlichen, sie sind aber auch zugleich schwerer.

6. Ein chirurgischer Eingriff ist eher schädlich als nützlich bei der hämorrhagischen Laryngitis.

Poyet, Belie, Moure, Moura, Joal und Vacher meinen, dass es sich in dem von G. berichteten Falle nicht um hämorrhagische Laryngitis gehandelt habe, sondern dass die Larynxblutung per diapedesin in Folge der allgemeinen Hämophilie des Individuums entstanden sei.

Hülfsstimmritzen von A. Gouguenheim, Arzt am Hôpital Lariboisière. G. hatte Gelegenheit, einen Kranken von 25 Jahren zu beobachten, der an Syphilis und gleichzeitig an Tuberculose litt und bei welchem geräuschvolles Keuchen und vollständige und absolute Aphonie bestand. Unter dem Einfluss der Behandlung sah er die functionellen Symptome sich bessern. Nach-

dem der Kranke seine Stimme wiedererlangt hatte, hätte man glauben können, dass die Töne durch Annäherung der Taschenbänder erzeugt würden, welche eine Hülfsstimmritze bildeten. Nach Ansicht des Autors jedoch beschränkte sich ihre Rolle einfach darauf, den stets durch die unteren alterirten Stimmbänder erzeugten Ton zu verstärken. Ebenso hält er die Ansicht für falsch, wonach sich, wenn die echten Stimmbänder zerstört wären, eine Hülfsstimmritze zu ihrem Ersatz bilde.

Moure und Joal denken, dass unter gewissen Umständen die oberen Bänder schwingen können, obgleich die unteren zerstört sind. Vacher meint, dass es sich fast immer um entlehnte Schwingungen handle.

Moure und Vacher können den Ausdruck Hülfsstimmritze nicht billigen, denn die Stimmritze ist ein Raum und in Folge dessen keiner Schwingungen fähig. Der Fall von G. ist eine ganz gewöhnliche Beobachtung.

Feile zur Auskratzung der Stimmbänder von Garel (Lyon). Diese Feile bewegt sich von vorn nach hinten und umgekehrt. Einer senkrechten Axe folgend, würde sie eine ebenso leichte als vollkommene Auskratzung gestatten (d. h. wenn die Stimmbänder Widerstand bieten würden! Ref.). Bei dieser Gelegenheit theilt Moure mit, dass er Gelegenheit hatte, eine Auskratzung des Larynx mit zwei zusammengebundenen Eisendrähten zu machen und dass er ein vorzügliches Resultat erhalten hätte.

Lymphgefässe des Larynx von Poirier (Paris). P. zeigte zwei grosse Zeichnungen und mehrere anatomische Präparate, an welchen man sieht, wie sich die Lymphgefässe der unteren Flächen der Glottisränder quer durch das Ligamentum thyreocricoideum in eine subcutane Lymphdrüse ergiessen.

Larynxcysten von Garel (Lyon). Man findet Cysten unter den gutartigen Larynxtumoren im Verhältniss von 25 pCt. Sie werden eingetheilt in congenitale Dermoidcysten, in seröse oder Schleimcysten, in Epidermiscysten und Blutcysten. Sie entstehen am häufigsten durch Verschluss des Ausführungsganges der Schleimdrüsen der Stimmbänder. Starker Stimmgebrauch ist, dem Autor zufolge, bei ihrer Entstehung nicht unbetheiligt. Da sie am vorderen Theil der Stimmbänder liegen, so ist ihre Diagnose im Allgemeinen leicht zu stellen. Sie können spontan heilen. Das beste operative Verfahren ist das Ausschneiden der Cyste mit der schneidenden Zange.

Ruault findet, dass auf den von Garel vorgelegten Zeichnungen das Aussehen der Cysten absolut dasjenige kleiner Myxome ist und er glaubt, dass man zum Laryngoscop seine Zuflucht nehmen muss, um die Diagnose festzustellen.

Behandlung der Larynxtuberculose von Hering. Eine in deutscher Sprache verfasste Abhandlung über diesen Gegenstand, welche jedoch zu spät einging, um der Gesellschaft mitgetheilt werden zu können. Gouguenheim beschränkt sich darauf, den anwesenden Collegen Chromolithographien und Photographien zu zeigen, auf welchen man die Narben der geheilten Larynxgeschwüre sehen kann. Eine Zeichnung der Instrumente zur Application der Milchsäure ergänzt diese Sendung. H. hat seine Arbeit ausführlich in französischen und deutschen Journalen veröffentlicht.

Exstirpation des Kehlkopfs. Diese Operation wurde 1885 von Péan ausgeführt an einem Kranken, welchen Fauvel vorstellt. Die Diagnose war auf

Larynxsyphilis gestellt worden. Man liess nur die Giessbeckenknorpel und die Epiglottis zurück. Alle Ersatzapparate blieben ohne Wirkung. Es ist dem Kranken ein Schein einer deutlichen Stimme von schlechtem Timbre verblieben, welche ihm jedoch gestattet, sich auf einige Entfernung verständlich zu machen.

Moura (Paris). Classification der Muskeln des Larynx. Verfasser liefert eine Tabelle, in welcher den Muskelgruppen neue Namen gegeben werden.

Schiffers (Liège). Behandlung des Catarrhs der Highmorshöhle. Sch. stellt zunächst den nasalen Ursprung des Catarrhs der Highmorshöhle fest und schlägt vor, in dieselbe durch den mittleren Nasengang mittels einer canellirten Sonde einzudringen. Es sei dies besser als durch die Alveole. Er theilt das Resultat eines Falles zur Stütze seiner Ansicht mit.

Chatellier theilt die Ansicht Schiffers; Baratoux, Noquet, Garel, Boucheron und Gellé glauben jedoch, dass der in Rede stehende Catarrh häufiger von den Zähnen, als von der Nase ausgeht.

Moure (Bordeaux). Indurirter Schanker der rechten Nasenhöhle. Ref. theilt einen Fall mit analog dem von Spencer Watson veröffentlichten, betont die Seltenheit solcher Fälle und beschreibt die klinischen Charaktere dieser Affection. Poyet ist erstaunt, einen knospenförmigen Schanker zu sehen.

Boucheron, Noquet und Referent erklären, dass das eine gewöhnliche Erscheinung auf der Wangen-, Lippenschleimhaut und der Conjunctiva wäre.

Aigre (Boulogne sur mer). Tumor der Schilddrüse. Es handelt sich um einen malignen Tumor, welche, wie der Verf. behauptet, selten sind. Eine laryngoscopische Untersuchung ist nicht gemacht worden, trotzdem Stimm- und Respirationsstörungen vorhanden waren.

Noquet. Rhinitis atrophica. Verf. bestätigt die Ansicht des Ref. über die Heilbarkeit der Ozaena.

Chatellier, Gellé, Ruault, Baratoux, Miot und der Ref. besprechen die Natur und die Pathogenese der atrophischen Coryza.

Die Frage wird auf die Tagesordnung der nächsten Sitzung gestellt.

Creswell Baber. Das vordere rhinoscopische Bild. B. erklärt das rhinoscopische Capitel nebst Figuren seines Buches über diesen Gegenstand.

Joal (Mont Dore). Nasenschwindel. Verf. berichtet Beobachtungen von Schwindelanfällen nach Nasenverletzungen, welche die Ansicht von Hack, Löwe etc. über diesen Gegenstand bestätigen.

Moure und Gellé fragen, ob man in allen Fällen den Magen, die Ohren und die nervösen Centren untersucht habe. Ruault, welcher einen der Fälle, die Joal veröffentlichte, geliefert hat, versichert, dass in seinem Fall der Schwindel nasalen Ursprungs gewesen sei.

E. J. MOURE.

III. Briefkasten.

Personalia.

Dr. Morell Mackenzie ist, wie das englische Hofjournal mittheilt, in Anerkennung der werthvollen Dienste, die er dem Schwiegersohn Ihrer Majestät der Königin, dem deutschen Kronprinzen, geleistet hat, in den englischen Ritterstand erhoben worden.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang IV. Berlin, November. 1887. No. 5.

I. Referate.

a. Aeusserer Hals.

1) **Quarry Silcock** (London). **Cystisches Epitheliom des Halses. (Cystic epithelioma of the neck.)** *Brit. Med. Journal. 19. März 1887.*

Genaue Beschreibung der Symptome und des makroskopischen und mikroskopischen Befundes in drei Fällen dieses seltenen Leidens vor der Pathol. Society of London am 15. März 1887. Alle drei Patienten waren Männer im Alter von 32—64 Jahren. In allen drei Fällen handelte es sich um Cysten, welche während des Lebens geöffnet wurden und deren Untersuchung nach dem Tode zeigte, dass die Cystenwand vollständig mit papillomatösen Wucherungen besetzt war, welche unter dem Mikroskop alle Characteristica bösartiger Epithelialgeschwülste aufwiesen. Der Vortragende verbreitete sich über den Ursprung dieser Geschwülste und meinte, dass dieselben höchst wahrscheinlich der verspäteten Entwickelung von Theilen des Epiblasts ihren Ausgang verdankten und vielleicht als die Repräsentanten von Kiemenbögen zu betrachten seien, wenn auch das gewöhnlich vorgerückte Alter der Patienten eine solche Vermuthung unwahrscheinlich zu machen schiene. — Eine Discussion fand nicht statt. SEMON.

2) **Weil** (Prag). **Eine seltene Blutcyste der Regio supraclavicularis dextra bei einem 11 Monate alten Kinde. Exstirpation. Heilung.** *Prager med. Wochenschr. No. 19 u. 20. 1887.*

Diese Cyste war 2fächerig und enthielt reines Blut, während einzelne ihr aufsitzende oder in ihr Lumen hineinragende Bläschen mit lymphartiger Flüssigkeit gefüllt waren. Die Cyste sollte erst vor 4 Wochen entstanden sein; sie lag, wie die Exstirpation zeigte, der Vena jugularis und subclavia auf das Innigste an, ohne aber mit ihnen zu communiciren. W. glaubt, dass es sich um eine Combinationsgeschwulst handelte, welche aus Ectasie der kleineren Blut- und Lymphgefässe aus der Umgebung der Vena jugularis nnd subclavia hervorging.

Die Exstirpation war schwierig wegen Dünnheit des Balges und wegen Nähe der Gefässe. CHIARI.

3) **Dupin** (Toulouse). **Seröse Halscyste. Punction, Jodinjection, Heilung. (Kyste séreux du cou. Ponction jodée, guérison.)** *Gaz. méd. chir. de Toulouse. 1. Febr. 1887.*

Es handelt sich um ein $7^3/_4$jähriges Kind, das seit der dritten Woche nach der Geburt mit einem Tumor behaftet war, welcher die linke Seite des Halses einnahm und den Sternomastoideus und Trapezius ergriffen hatte. Er hatte den Umfang einer Orange. Die Punction ergab eine serös-eitrige Flüssigkeit. Die Injection einer Jodkalilösung heilte den Kranken. E. J. MOURE.

4) **Trélat** (Paris). **Dermoidgeschwulst der Schildknorpelgegend. (Tumeur dermoide de la région thyroïdienne.)** *Gaz. des hôpit. 8. März 1887.*

Die histologische Untersuchung wurde von Latteux gemacht. Es handelt sich um eine 25jährige Frau, welche das Entstehen des Tumors 10 Jahre zurückdatirt. Der Tumor mass 4 Ctm. im Durchmesser und lag unterhalb des Schildknorpels auf der linken Seite. E. J. MOURE.

5) **Maylard** (Glasgow). **Lymphosarcom des Halses. (Lymphosarcoma of the neck.)** *Glasgow Med. Journal. Febr. 1887.*

Patient, ein 4jähriges Kind, wurde in der Sitzung der Glasgow Pathological and Clin. Society vorgestellt. Der Tumor begann vor 4 Monaten als ein kleiner Knoten unterhalb des Ohrs und erstreckt sich jetzt bis zur anderen Seite des Halses. Er ist nicht an den Larynx angewachsen. M'BRIDE.

6) **Geo. Fenwick. Scrophulöse oder tuberculöse Halsdrüsen. (Scrofulous or tuberculous glands of the neck.)** *Canada Lancet. März 1887.*

Der Artikel enthält eine allgemeine Besprechung des Gegenstandes im Lichte der neueren Forschungen und wird erläutert durch die klinische Geschichte mehrerer Fälle. Was die Therapie betrifft, so setzt der Verfasser sein Vertrauen nur auf das Messer behufs vollständiger Exstirpation der erkrankten Drüsen. LEFFERTS.

7) **Alexander** (Liverpool). **Bericht über die hygienische Behandlung der Scrophulose. (Report on the hygienic treatment of struma.)** *Liverpool Medico-Chir. Journal. Jan. 1887.*

Von besonderem Interesse in diesem Bericht für uns ist die Abtheilung über das operative Verfahren, die Operation als Behandlung der scrophulösen Halsdrüsen. Der Autor betrachtet den Gegenstand unter folgenden leitenden Gesichtspunkten:

1. Die chirurgische Behandlung ist die beste für einfache Drüsen. Die Drüse soll, wenn möglich, aus der Kapsel ausgeschält werden. Wenn das nicht geht, so soll der Inhalt entleert und die Kapsel nachher ausgeschnitten werden. In sehr schlimmen Fällen sind die Sinus ergiebig zu öffnen und antiseptisch zu behandeln. Wegen der Details verweisen wir auf das Original.

2. Innerlich ist Syr. ferr. jod. zu geben und ein Liniment. kalin. mit Seife äusserlich zu empfehlen.

Die locale Anwendung von Jod und Blasenpflaster ist nachtheilig.

3. Die Diät variirt, je nachdem der Patient aufgeschwemmt oder zart ist. Gesunde Nahrung ist stets zu geben; bei letzteren Leberthran.

4. Hygiene. Die allgemein anerkannte Behandlung, d. h. frische Luft etc., mit einigen zweckmässigen praktischen Rathschlägen. M'BRIDE.

8) **B. F. Curtis. Parotitis als Complication der Gonorrhoe. (Parotitis complicating gonorrhoea.)** *New-York Med. Journal. 26. März 1887.*

Parotitis scheint eine seltene Complication der Gonorrhoe zu sein, denn Curtis hat nicht einen einzigen berichteten Fall gefunden. Auch hat er unter der grossen Zahl von Fällen von Gonorrhoe, welche er während fast dreier Jahre in dem Chambers Street Hospital Out-patient Department N. Y. gesehen hat, nur zwei Fälle entwickelter Parotitis gesehen, deren klinische Details er in dieser Arbeit berichtet.

In beiden Fällen wurde nachgeforscht, ob die Patienten irgendwie mit Mumpskranken in Berührung gekommen wären, in beiden Fällen wurde es verneint. Dagegen macht die Erklärung des einen Patienten, dass er ein „geschwollenes Gesicht" schon einmal bei einem früheren Anfall von Gonorrhoe gehabt habe, es zum wenigsten in diesem Fall unwahrscheinlich, dass der Mumps und die Gonorrhoe zufällig zusammengetroffen wären. Es ist jedoch bemerkenswerth, dass in beiden Fällen niemals ein Anzeichen von Epididymitis oder Prostatitis sich zeigte. Beide Fälle endeten in Lösung. C. ist geneigt, diese Fälle als zum Theil von einer Allgemeininfection abhängig anzusehen (wie bei den Fällen von Entzündung der Fascien und der Sclera des Auges bei gonorrhoischem Rheumatismus), zum Theil aber auch von der sogenannten „Sympathie" zwischen Parotis und den Genitalorganen. Wie unerklärlich diese „Sympathie" bis jetzt uns auch erscheinen mag, so scheint sie doch ein feststehendes Factum zu sein. LEFFERTS.

9) **Major Greenwood,** junior. (Haggerston). **Parotitis. (Parotitis).** *British Med. Journal. 26. März 1887.*

G. berichtet zwei Fälle von Parotitis, von welchen der eine im Verlauf einer acuten rheumatischen Endocarditis, der andere bei einem Patienten auftrat, welcher in der Genesung von der Basedow'schen Krankheit begriffen war. Letzterer kann ein Fall von Mumps gewesen sein. A. E. GARROD.

10) **Prager** (Radkersburg). **Ueber Parotitis catarrhalis seu epidemica.** *Wiener med. Blätter. No. 10. 1887.*

P. beobachtete viele Fälle theils mit, theils ohne Orchitis bei Soldaten, welche in 2 nicht besonders reinen Zimmern in der Kaserne wohnten. Nach ausgiebiger Desinfection dieser Zimmer kam kein weiterer Fall bei den Bewohnern dieser Zimmer oder sonst wo in der Kaserne vor. P. glaubt daher, dass die Krankheit durch einen Infectionsstoff veranlasst sei, welcher vielleicht bacillärer Natur ist. Bacteriologische Untersuchungen konnte er nicht anstellen. CHIARI.

11) **D. Nicolski** (Jecatherinenburg). **Zur Statistik der Parotitis epidemica. (K statisticе epidemitscheski periparotita.)** *Med. obosren. No. 7. 1887.*

Verf. hat in einem Fabrikorte des Gouvernements Jekatherinenburg in Asien eine Epidemie der Parotitis beobachtet. Der Ort zählte 15,000 Einwohner. Die Epidemie begann im Januar und dauerte bis in den August hinein. Die Gesammtzahl der Kranken betrug 460, wovon 266, also 57,8 pCt. auf das männliche und 194, also 42,2 pCt. auf das weibliche Geschlecht kamen. Die Epidemie begann mit einer geringen Zahl von Erkrankungsfällen im Januar, gewann aber sehr

schnell an Ausbreitung und erreichte im März ihren Höhepunkt mit 170 Erkrankungsfällen; dann nahm die Epidemie langsam an Intensität ab, um im August ganz zu verlöschen. Was das Alter der Patienten betrifft, so kamen auf das erste Lebensjahr 5, auf das zweite Lebensjahr 10 Erkrankungen etc. Auf das Alter von 10—15 Jahren kam das grösste Contingent der Erkrankungen = 205. Der älteste Pat. war 58 Jahre alt. In den Schulen prävalirte die Zahl der erkrankten Knaben über diejenige der Mädchen fast mehr als um das Doppelte. Von Complicationen kamen zur Beobachtung unter anderen Otitis acuta 20 Mal, Adenitis 10 Mal, Orchitis 3 Mal, Bronchitis 18 Mal etc. Wenn auch der Verf. für die Isolirung solcher Kranken ist, so war es ihm doch nicht möglich, dieselbe durchzuführen, und die ganze Prophylaxe bestand darin, dass den erkrankten Kindern der Schulbesuch untersagt wurde. LUNIN.

12) **Debout d'Estrées** (Contrexéville). **Ueber gichtische Parotitis und gichtische Orchitis. (On gouty parotitis and gouty orchitis.)** *Brit. Med. Journal. 12. März 1887.*

Aus einem von Dr. Garrod für den Autor vor der Med. et Chir. Society am 8. März 1887 gehaltenen Vortrag, sowie aus der sich anschliessenden Discussion ging hervor, dass Parotitis zu den seltensten Symptomen der Gicht gehört. Wegen der Details muss auf das Original verwiesen werden. SEMON.

13) **Bumm** (Würzburg). **Ueber Parotitis nach Ovariotomie.** *Münchener med. Wochenschrift. No. 10. 1887.*

Nachdem schon im Jahre 1880 Möricke auf das Vorkommen von Parotitis bei Ovariotomirten hingewiesen hatte, bestätigten auch Andere das relativ häufige Auftreten dieser Affection nach Operation an den weiblichen Genitalien. B. sammelte aus der Literatur 17 Fälle und vermehrte diese um einen weiteren selbstbeobachteten. Die Parotitis tritt bei Ovariotomirten vom 3. bis 12. Tage nach der Operation auf und hat ihren Sitz bald auf der entsprechenden Ovarialseite, bald auf der entgegengesetzten, bald ist sie auch doppelseitig. Sie hat eine grosse Disposition, phlegmonös zu werden.

B. fand in seinem Falle schon einige Tage vor dem Auftreten der Parotiseiterung in der Mundhöhle als auch später im Parotiseiter Staphylococcus aureus und hält es für sicher, dass dieser Pilz die Ursache der Parotitis war. Das häufige Vorkommen von P. bei Ovariotomirten erklärt er aus einer allerdings noch nicht genügend gekannten Wechselbeziehung der Genitalorgane zu den Speicheldrüsen, wobei vasomotorische Einflüsse die Hauptrolle spielen dürften. Sind zufällig in der Mundhöhle pyogene Pilze und ist die Speichelsecretion unterdrückt oder verringert, dann ist das Eindringen derselben in den Speichelgang erleichtert, es kommt zu phlegmonöser Parotitis. Fehlen diese Bedingungen, dann bleibt es bei einfach entzündlicher Schwellung. SCHECH.

14) **Stephen Paget** (London). **Ueber secundäre Parotitis nach Verletzungen oder Erkrankungen der Beckenorgane.** *Wiener med. Blätter. No. 22 u. 23. 1887.*

Nach einem im British Med. Journal ausführlich mitgetheilten Vortrage. CHIARI.

15) **Henry Taylor** (Guildford). **Parotitis nach Verletzung oder Erkrankung des Abdomen oder Beckens. (Parotitis after injury or disease of the abdomen or pelvis.)** *Brit. Med. Journal. 16. April 1887.*

T. trägt einen Fall bei zu der Reihe der von S. Paget gesammelten Fälle. Er ereignete sich vor 30 Jahren bei einem Kinde mit Anus imperforatus, welches am dritten Tage nach seiner Geburt operirt worden war. Eine Woche später begann die rechte Parotis zu schwellen und das Kind verfiel in wenigen Tagen aus Mangel an Nahrung. A. E. GARROD.

16) **Wiglesworth. Tumor der Parotis. (Tumour of the parotid gland.)** *Liverpool Medico-Chirurgical Journal. Jan. 1887.*

Ein grosses Neoplasma von 27 : 33 Ctm., welches seit 18 Jahren gewachsen war. Es wog $2^1/_4$ Pfd. Mikroskopisch zeigte sich adenoides Gewebe in ein fibröses Stroma eingelagert, ferner myxomatöses Gewebe mit schlecht ausgebildeten Knorpelzellen. M'BRIDE.

17) **J. A. Wythe. Exstirpation beider Ohrspeicheldrüsen. (Removal of both parotid glands.)** *N.-Y. Med. Journal. 30. April 1887.*

Patientin, 47 Jahre alt, hatte 16 Monate vor der Operation eine leichte Schwellung beider Ohrspeicheldrüsen bemerkt. Die rechte Carotis externa und Art. thyreoid. superior wurden unterbunden und der rechtsseitige Tumor ausgeschält. Drei Monate später wurde unter grossen Schwierigkeiten der weit grössere Tumor der anderen Seite entfernt. Patientin machte eine gute Genesung durch. Eine sorgfältige Untersuchung beider Tumoren von einem competenten Mikroskopiker ergab typische Rundzellensarcome. Es wird darauf hingewiesen, dass die Patientin eine doppelseitige Facialisparalyse, ausgesprochener links hatte. Sie konnte ihre Augen nicht vollständig schliessen, hatte jedoch keine Keratitis. Sie hatte sehr von Trockenheit im Munde zu leiden. Olivenöl gab hiergegen Erleichterung. In der Ernährung hatte sie keine Störung, da sie hauptsächlich auf flüssige Diät beschränkt worden war. Auf der linken Gesichtshälfte war die motorische Kraft der Muskeln in geringem Maasse vorhanden; aber es war schwer zu sagen, ob die motorischen Zweige des Trigeminus oder die des Facialis wirksam waren. Die Patientin hatte keine Schmerzen und konnte sehr gut sprechen. Sie konnte auch ohne grosse Schwierigkeit kauen und war nicht gezwungen, die Nahrung mit den Fingern zwischen ihre Zähne zu bringen. LEFFERTS.

18) **G. Conti** (Rom). **Exstirpation der Parotis wegen eines auf die Drüse fortgesetzten Hautepithelioms der Parotisgegend. (Estirpazione della glandola parotide per epitelioma della pelle della regione parotidea diffuso alla glandola.)** *Raccoglitore medico. No. 16. 1887.*

Es handelte sich um einen 60jährigen Mann, bei dem die Parotis wegen Carcinom vollständig exstirpirt wurde. Es trat eine glatte Heilung ein. Der Facialis war verletzt worden und blieb gelähmt, wie dies gewöhnlich bei der totalen Exstirpation der Parotis der Fall ist. KURZ.

19) **Scheffer. Beobachtung eines Falles von Cystosarcom der Parotis. (Observation d'un cas de cystosarcome de la parotide.)** *Gaz. méd. de Strassbourg. No. 2. 1. Febr. 1887.*

Der Tumor wurde ausgeschält, der Facialis und die Art. transversa faciei durchschnitten. Naht, Vereinigung per primam. Verfasser macht auf die Seltenheit solcher Tumoren, besonders bei einer so alten Person (Frau von 76 Jahren) aufmerksam. Der Anfang der Geschwulst datirt 30 Jahre zurück. E. J. MOURE.

20) **G. H. Coburn** (Fredericton, Canada). **Spontanes Verschwinden eines Tumors in der Parotisgegend. (Spontaneous disappearance of a tumour in the parotid region.)** *Lancet. 5. März 1887.*

Ein Fall von Tumor der Parotis bei einem 3jährigen Kinde. Es wurde ein Versuch gemacht, denselben zu entfernen; dies war jedoch unmöglich, weil er zu fest mit den Muskeln und Fascien verwachsen war. Ein Jahr später war der Tumor ganz geschwunden. C. schreibt dies dem Umstande zu, dass während der Operation damals die Blutversorgung abgeschnitten worden wäre. A. E. GARROD.

21) **Adenot. Parotisfistel. (Fistule parotidienne.)** *Soc. des sc. méd. de Lyon. December. — Lyon méd. 16. Jan. 1887.*

Die Fistel wurde durch starke Injectionen von Carbolöl geheilt. Poncet frägt, ob es sich um eine Fistel der Drüse oder des Ganges gehandelt habe.

E. J. MOURE.

b. Nase und Nasenrachenraum.

22) **A. Jurasz** (Heidelberg). **Ueber die Sondirung der Stirnbeinhöhle.** *Berl. klin. Wochenschrift. No. 3. S. 34. 1887.*

J. beantwortet die Frage über die Möglichkeit, die Stirnhöhle zu sondiren, im positiven Sinne und hat zum Beweise der Richtigkeit seiner Ansicht, bei einem Kranken, dessen Stirnhöhle durch ein Cancroid eröffnet war, die Sonde auf dem natürlichen Wege in die Höhle eingeführt und darin leicht sichtbar gemacht. In 21 Fällen hat er die Sondirung versucht. In 5 derselben gelang sie auf beiden Seiten leicht, in 6 stellten sich auf der einen noch zu überwindende Schwierigkeiten entgegen, und in 10 Fällen gelang sie gar nicht. In allen „war die nasale Mündung der Stirnhöhle leicht zu sehen“. Diejenigen, in denen dies nicht der Fall war, wurden nicht mitgezählt. Verf. benutzt äusserst dünne geknöpfte Metall- (oder Fischbein-)Sonden von 11—15 Ctm. Länge. Bei rückwärts geneigtem Kopfe des Kranken sucht er die Sonde in die Rinne des Infundibulum einzubringen und mit leichter Hand sie vorwärtsschiebend in die Stirnhöhlenöffnung einzubringen. Nachmessen am Nasenrücken giebt die Controle. Indication: Einfache und eitrige Catarrhe der Stirnbeinhöhle. B. FRAENKEL.

23) **Dubreuille. Lebersyphilis. Necrose des Sinus frontalis und der Sinus ethmoid., suppurative Meningitis. (Syphilis hépatique. Nérose du frontal et des sinus ethmoïdaux, méningite suppurée.)** *Journal de méd. de Bordeaux. 27. Febr. 1887.*

Der Titel zeigt an, worum es sich handelt; die Angaben sind unvollständig. Der Autor bespricht hauptsächlich die Läsionen der inneren Organe.

E. J. MOURE.

24) **Sprengel. Ein Fall von Osteom des Siebbeins.** *Archiv für klin. Chirurgie. Bd. 35. Heft 1. 1887.*

Harte Anschwellung an der dem rechten Auge zugewendeten Fläche der Nasenwurzel; die Geschwulst hatte auf ihrer Höhe eine Fistel; die Operation gelang sehr gut. S. meint, die Osteome entwickelten sich periostal und empfiehlt zur Fixirung der Diagnose die Digitaluntersuchung eventuell in der Narcose, die Ausfüllung des oberen Theiles der einen Nasenhälfte an der Stelle, wo die Geschwulst aussen sässe, sei ein sicheres Kennzeichen. SCHECH.

25) **Ziem. Abscess in der Orbita und Thränensackfistel bei Eiterung der Kieferhöhle.** *Allgem. med. Central-Zeitung. No. 37ff. 1887.*

Z. ist geneigt, nicht nur die Thränensackblennorhoe, sondern auch den Orbitalabscess von der Eiterung der Kieferhöhlenschleimhaut in dem von ihm beschriebenen Falle abzuleiten. In der Mehrzahl der Fälle ist die Erkrankung der Kieferhöhle das Primäre, der Orbitalabscess das Secundäre; auch ist die Augenhöhle gegen innere Schädlichkeiten mehr geschützt als die Kieferhöhle. Die Fortpflanzung geschieht wahrscheinlich dadurch, dass die Entzündung der Kieferhöhle mittelst eines kleinen Astes der Arteria infraorbitalis, welcher zu den M. rectus und obliq. infer. und dem umgebenden Zellgewebe der Orbita geht, oder auch durch die Venen und Lymphgefässe nach der Augenhöhle fortgepflanzt wird. Z. empfiehlt zur Behandlung der Orbitalabscesse die Gummi-Clysopompe resp. Ausspritzungen mit desinficirenden Substanzen. SCHECH.

26) **B. Fränkel** (Berlin). **Ueber das Empyem der Oberkieferhöhle.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 16. S. 273. 1887.*

Verf. beschäftigt sich in diesem, in der Berl. Med. Gesellschaft gehaltenen Vortrage mit denjenigen Formen von Empyem des Antrum, bei welchen weder Formveränderungen noch Fistelgänge vorhanden sind. Trotz der Arbeiten Ziem's bedürften dieselben besonders in Bezug auf die Diagnose weiterer Aufklärungen. Sie entständen entweder fortgeleitet von der Nasenschleimhaut aus durch das Ostium maxillare hindurch, oder von den Alveolen der benachbarten Zähne aus, deren Wurzeln nur von einer dünnen Knochenplatte vom Antrum geschieden seien und bisweilen frei in dasselbe hineinragten. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle gäben Erkrankungen der Zahnalveolen das ursächliche Moment ab. Es könnten zwar durch die Eiterung in der Kieferhöhle Zahnschmerzen, jedoch keine Periostitis alveolaris entstehen, wie dies Hunter und Zuckerkandl annähmen. Es bräche vielmehr der Eiter der Periostitis alveolaris bei Verstopfung des Wurzelcanals oder ähnlicher Veranlassungen in die Kieferhöhle durch und veranlasse das Empyem. Der durch das Ostium in die Nase fliessende Eiter werde dann von dem Kranken als Schnupfen gedeutet. Diese Art der Entstehung der Kieferhöhleneiterung erkläre die Häufigkeit dieser Erkrankung und den Umstand, dass das Secret so oft schlechten Geruch, und zwar den der Eiterungen des Mundes zeige. Der in der Kieferhöhle angesammelte Eiter fliesse bei offenem Ostium, wenn die Secretion eine schnelle sei, continuirlich, wenn sie langsam erfolge, nur bei auf die gesunde Seite oder bei nach unten gehaltenem Kopfe ab. Auch könne derselbe nach Hartmann durch die Luftdouche zu Tage befördert werden. Er er-

giesse sich durch den Hiatus semilunaris in den mittleren Nasengang. Dieser könne, eventualiter nach Anwendung von Cocain, von vorne besichtigt werden. Um die differentielle Diagnose zwischen Stirnhöhleneiterung und Empyem des Antrum zu sichern, müsse nach vorheriger Reinigung des mittleren Nasenganges der Patient den Kopf nach unten halten. Je mehr Eiter dabei sich in den mittleren Nasengang ergiesse, je wahrscheinlicher werde es, dass die Kieferhöhle erkrankt sei. Verf. verlangt zur Diagnose den positiven Nachweis des Ausfliessens von Secret aus dem Hiatus semilunaris und die Beobachtung der Verstärkung desselben bei herabhängendem Kopf. Es sei dieser Nachweiss unschwer, wenn auch zuweilen erst bei mehrmaliger Beobachtung zu erbringen. Die Beschwerden des Kranken seien: 1) Ausfluss von Secret, welches in manchen Fällen stinke. Dann nehme der Patient selbst den Gestank auf der betreffenden Seite wahr. 2) Schmerzen, die meist in der Stirn empfunden würden, und mit Migräne oder Supraorbitalneuralgie verwechselt werden könnten. 3) Anderweitige nervöse Symptome, Schwindel u. dgl. Was die Behandlung anlange, so hat Verf. wenig Erfolg vom Ausspritzen per viam naturalem gesehen und zieht die Anlegung einer zweiten Oeffnung auf operativem Wege vor. Um das Eindringen von Fremdkörpern aus dem Munde in das Antrum zu vermeiden, hat Verf. in neuerer Zeit die Anbohrung der Höhle von der Alveole aus, die er früher geübt hat, verlassen und nach dem Vorschlage von Mikulicz mit dessen Instrument die Kieferhöhle vom unteren Nasenausgang aus eröffnet. Er empfiehlt dies Verfahren als ein Mittel, den Kranken von schweren und meist langdauernden Leiden zu befreien.

An diesen Vortrag schloss sich in der Berl. Med. Gesellschaft eine längere Discussion (Berl. klin. Wochenschr. No. 13. S. 228). Krause nimmt in Folge der anatomischen Schilderung Zuckerkandl's über die Gefässe und gemäss seiner eigenen Erfahrung an, dass das Empyem des Antrum häufiger von der Nase aus fortgeleitet werde, als von den Alveolen der Zähne aus entstände. Er erwähnt Fälle, in denen eine Eiterung aus dem mittleren Nasengang mit senkrecht nach unten über die untere Nasenmuschel herabfliessendem Secret in Folge Verlegung des Ostium maxillare auch bei herabhängendem Kopfe nicht nachweisbar war, in denen man aber dennoch durch das Fortbestehen eines Druckes in der Tiefe des Oberkiefers oder irgend ein anderes dem Kranken belästigendes Symptom zur Annahme eines Antrumempyems gedrängt werde. In solchen Fällen sei die explorative Eröffnung des Antrum geboten. Zur Eröffnung des Antrum benutzt Krause troicartähnliche Instrumente — im Falle des Verschlusses des Ostium mit einer Röhre à double courant — und lässt ein Bleidrain in der Oeffnung liegen. — Hartmann sah unter 16 Fällen von Empyem dasselbe nur einmal von den Zähnen ausgehen. Der Geruch des Secrets werde nicht von den Zähnen aus hervorgerufen, da er bei gründlicher Ausspülung des Antrum verschwinde. Für die Diagnose sei ihm allein die Untersuchung mit der Sonde massgebend, mit der man durch das Ostium maxillare oder ein Foramen accessorium in die Höhle hineingelangen könne. Nach Beseitigung der Hindernisse, die im mittleren Nasengange bestehend, sich dem Abfluss des Secrets entgegen setzten, führten die Ausspülungen vom mittleren Nasengang aus, zu guten Heilerfolgen. — B. Baginsky sah Empyem des Antrum nur nach Zahnextraction entstehen, glaubt

aber nicht, dass man durch Beobachtung des Eiterabflusses bei herabhängendem Kopf die Diagnose sichern könne, oder dass wir uns durch Anwendung des Cocain den mittleren Nasengang zugänglich machen könnten. Es müssten noch weitere Erfahrungen über die Mikulicz'sche Operation abgewartet werden. — Lublinski sah 12 Fälle von Empyem, deren hauptsächlichste Ursachen Erkrankungen des Alveolarfortsatzes abgaben, er betont die Schwierigkeit der Diagnose bei verschlossenem Ostium und erzielte in 2 Fällen Heilung durch Ausspülung vom mittleren Nasengange aus. — Schadewald schildert ausführlich einen Fall, in dem eine Stomatitis Empyem der Highmor's Höhle hervorrief und durch Extraction eines Zahnes geheilt wurde. — Virchow erwähnt, dass bisweilen die Wurzeln eines Zahnes direct an die Schleimhaut des Antrum anstossen.

Anschliessend an seinem Vortrag demonstrirte in späteren Sitzungen der Berliner Medicin. Gesellschaft B. Fränkel 1) ein anatomisches Präparat, in welchem eine Zahnlücke unmittelbar das Antrum eröffnet hatte, während der Kiefer in der Nachbarschaft der Alveole sich rauh anfühlte (Berl. klin. Woch. No. 14. S. 247) und 2) einen Patienten, bei welchem von der Alveole eines Zahnes aus die Oberkieferhöhle eröffnet war und von hier aus ausgespritzt werden konnte. Die Anamnese ergab in diesem Falle die Entstehung des Empyem von der Periostitis alveolaris aus (Berl. klin. Woch. No. 21. S. 383.). B. FRAENKEL.

27) **David B. Frontis. Zwei Fälle von chronischem Abscess des Antrum, chronischen Nasencatarrh vortäuschend. (Two cases of chronic abscess of the antrum, simulating chronic nasal-catarrh.)** *North Carolina Med. Journ. Jan. 1887.*

Der Titel des Artikels bezeichnet die Natur beider Fälle, deren klinische Details den Inhalt des Artikels ausmachen. Das Antrum wurde von dem Alveolarrand eröffnet und drainirt. In beiden Fällen erfolgte Heilung.. LEFFERTS.

28) **J. B. Hamilton. Tumor der Highmoreshöhle, mit Nasenpolypen complicirt. (Tumor of the antrum, complicated with nasal polypi.)** *Journ. Am. Med. Assoc. VII. p. 635. 1886.*

Carcinom des Antrum, entfernt durch Operation von aussen; vorher waren die Polypen mittelst Drahtschlinge exstirpirt worden. Die Details des Falles sind dürftig und von geringem Interesse. LEFFERTS.

29) **Maximilian Bresgen (Frankfurt a. M.). Die sogenannte Rachentonsille, ihre Erkrankung und Behandlung.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 5. S. 86. 1887.*

Ein an die Trautmann'sche Publication angeknüpfter zur Information über den Gegenstand für practische Aerzte bestimmter Essay. B. FRAENKEL.

30) **Tornwaldt (Danzig). Zur Frage der Bursa pharyngea. Entgegnung auf M. Bresgen's Essay: Die sogenannte Rachentonsille, ihre Erkrankung und Behandlung.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 23. S. 501. 1887.*

31) **Maximilian Bresgen (Frankfurt a. M.). Antwort auf diese Entgegnung.** *Ebendas. S. 502.*

32) **Schwabach (Berlin). Zur Frage über die Bursa pharyngea.** *Ebend. No. 26. S. 578.*

Polemische Artikel, in denen namentlich über die Frage verhandelt wird, ob die Bursa ein selbständiges Gebilde sei, und ob Tornwaldt sie als solches in seiner Brochüre über die Krankheiten derselben gedeutet habe. B. FRAENKEL.

33) **Ethelbert Carroll Morgan. Die Bursa pharyngea und deren Beziehung zu den Krankheiten des Nasenrachenraums. (The bursa pharyngea and its relation to naso-pharyngeal diseases.)** *Maryland Med. Journal. 5. März 1887.*

Der Artikel bringt in klarer Weise die Ansichten Tornwaldt's, sowie die klinischen Betrachtungen des Autors über dieselben; er enthält ferner ein Resumé über die diesen Gegenstand betreffende Literatur.

Tornwaldt's Ansichten und Annahmen, sowie seine Behauptungen, dass er in der sehr grossen Anzahl seiner Fälle radicale Heilung erzielt habe, brauchen hier nicht besprochen zu werden, da sie neuen Datums sind und viel Aufsehen gemacht haben. Morgan glaubt, dass die Affectionen der Bursa pharyngea oft secundärer Natur, oder extrabursalen Ursprungs sind, und dass sie dieses Organ in derselben Weise erreichen, wie das Mittelohr, nämlich durch einfache Ausdehnung pathologischer Processe des Nasenrachenraums. Er ist auch (zur Zeit) nicht sehr überzeugt von der Leichtigkeit, mit der in Zukunft nasopharyngeale Secretionen durch Behandlung der Bursa pharyngea beseitigt werden könnten.

LEFFERTS.

34) **Ziem. Ueber die Ursachen der Anschwellung der Rachentonsille.** *Allgemeine med. Central-Zeitung. No. 16. 1887.*

Z. fand nicht selten neben Vergrösserung der Rachentonsille eine Naseneiterung, und schliesst daraus, dass der in den Rachen abfliessende Eiter Ursache der Schwellung der Rachentonsille sei. Die Scrofulose lässt Z. als ätiologisches Moment nicht gelten, sondern glaubt, dass auch ein infectiöses Agens zur Erregung des eitrigen Secrets beitrage. SCHECH.

35) **Lublinski. Adenoide Vegetationen des Nasenrachenraums.** *Deutsche Medicinal-Zeitung. No. 24. 1887.*

L. hält dieselben nicht für angeboren; doch scheint die Heredität sowie recidivirende Catarrhe, Keuchhusten, acute Exantheme eine gewisse Rolle zu spielen, nicht minder der Aufenthalt in feuchten Kellerwohnungen. Der übrige Theil der sehr fasslich geschriebenen Abhandlung enthält nichts Neues. SCHECH.

36) **Levy** (Nancy). **Adenoide Vegetationen der Nasenrachenhöhle. (Des végétations adénoides de la cavité pharyngo-nasale.)** *Revue méd. de l'Est. No. 1. 1. Jan. 1887.*

Klassische Beschreibung der Symptome dieser Tumoren, von denen er eine Beobachtung mittheilt. E. J. MOURE.

37) **Lavrand** (Lille). **Adenoide Tumoren des Nasenrachenraums. (Des tumeurs adénoides du pharynx nasal.)** *Journal des scienc. méd. de Lille. 15. April 1887.*

Beschreibung der klassischen Symptome dieser Affection bei Gelegenheit eines Krankheitsfalles. Eine mehr als kurze Literaturangabe begleitet diesen kleinen Artikel. E. J. MOURE.

38) **H. Gradle. Ueber gewisse Krankheiten des Rachengewölbes. (On certain diseases of the vault of the pharynx.)** *Chicago Med. Journal and Examiner. Januar 1887.*

Der Autor bespricht besonders die Schwellung der Pharynxtonsille und ihre näheren und ferneren Wirkungen. Nichts Neues. LEFFERTS.

39) **Michel** (Köln). **Ueber electrolytische Behandlung der fibrösen, gefässreichen Nasenrachenpolypen.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 5. 1887.*

M. theilt ausführlich 4 Fälle von Nasenrachentumoren mit, welche in 53 resp. 47, 90 und 47 electrolytischen Sitzungen beseitigt wurden. Er benutzt 2 bis 6 Elemente von Stöhrer und lässt den Strom anfangs nur einige wenige Minuten, später 40—80 Minuten einwirken. Er benutzt Messingnadeln von 25 Ctm. Länge und $1^1/_2$ Mm. Dicke, an dem einen Ende sind sie spitz zugefeilt, an dem andern halbrund umgebogen zum Einschrauben der Leitungsschnüre; sie sind beinahe bis an das spitze Ende mit Kautschuk isolirt. Der positive Pol lässt sich meist schwer entfernen. M. sagt, in 6 bis 9 Monaten liessen sich die grössten Tumoren auf electrolytischem Wege entfernen, vorausgesetzt dass man mit den Nadeln gut beikommen kann und man jeden Monat 6—8 aufeinander folgende Sitzungen vornehmen kann. Die Reaction auf das Allgemeinbefinden ist eine sehr starke. SCHECH.

40) **Hohlbeck** (Tiflis). **Entfernung eines Nasenrachenpolyps. (Udalenie nosoglottotschnowa polype.)** *Protoc sosed kamkask med. obtsch. No. 13. 1886/87.*

Entfernung eines fibrosen Polypen von der Grösse einer Birne, der vom Periost des Keilbeinkörpers ausging und breit aufsass, der Polyp hatte den weichen Gaumen ganz herabgedrückt und ragte in die linke Nasenhöhle hinein. Pat. klagte über Athembeschwerden, über starkes Nasenbluten und über Kopfschmerzen; er konnte nur sitzend schlafen. Bei überhängendem Kopfe wurde der weiche Gaumen gespalten und der Polyp vom Periost losgelöst. Die Nachbehandlung dauerte ziemlich lange, Pat. wurde aber ganz geheilt entlassen. LUNIN.

41) **F. Massei** (Neapel). **Ueber einen Fall von colossalem Fibrom des Nasenrachenraums.** Klinische Vorlesung. **(Sopra un caso di enorme fibroma del cavo naso-faringeo.** Lezione clinica.) *Archivii ital. di Laringologia. Fasc. III. 1887.*

Ein schlecht genährter 18jähriger Mann bemerkte vor 2 Jahren einen Ausfluss aus der Nase, Verstopfung derselben, die immer mehr zunahm, so dass er jetzt nur noch durch den Mund athmen kann; wiederholtes leichtes Nasenbluten. Dyspnoe, hauptsächlich inspiratorischer Natur. Schnarchende Respiration, grosse Erschwerung der Deglutition fester Speisen. Rhinolalie. Statt der Consonanten m und n spricht Pat. b und d aus. Geruch und Geschmack sehr herabgesetzt, etwas auch das Gehör (Einziehung der Trommelfelle). Beiderseitige Papillaratrophie, linksseitiger Exophthalmus. Im Nasenrachenraum ein rundlicher Tumor zu sehen, der das Gaumensegel verdrängt. Hinter demselben dringt der Finger bis zum Fornix pharyngis, vorn nicht, wahrscheinlich wegen Adhärenzen. Der Tumor ist birnförmig und beinahe faustgross, entspringt von der Basis cranii.

Nach einer klinischen Besprechung der verschiedenen an dieser Stelle vorkommenden Tumoren stellt M. die Diagnose auf Fibrom, ohne eine sarcomatöse Degeneration desselben auszuschliessen. Er erörtert die Consequenzen dieser Tumoren und die verschiedenen Operationsmethoden zu ihrer Entfernung.

Im vorliegenden Fall wurde der Tumor durch die mittelst der Bellocq'schen Röhre applicirte galvanokaustische Schlinge an der Basis abgetragen. Sublimatwaschungen und Jodoforminsufflation. Nach 3 Tagen heftiges Fieber, bedingt

durch Otitis media mit eitriger Perforation des Trommelfells (linkerseits). Der Tumor war an der Basis abgetragen. Dieselbe wurde mit Chromsäure geätzt, worauf die Sehkraft auf dem vorher blinden linken Auge sich wiederherzustellen begann. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors, welcher Form und Grösse eines Herzens hatte, ergab ein Fibrosarcom. KURZ.

42) **Rey. Nasenrachenfibrom. Exstirpation; Heilung. (Fibrome naso-pharyngien. Exstirpation; guérison.)** *Courrier méd. 19. Februar 1887.*

Es ist die Uebersetzung eines in la cronica med. quirurg. de la Havane erschienenen Artikels. E. J. MOURE.

43) **Nathan Jacobson. Ein Nasenrachentumor von grossem Umfang. Bemerkungen über die Pathologie dieser Tumoren und ihrer Exstirpation nach vorgängiger Resection des Oberkiefers. (A naso-pharyngeal tumor of large size. Remarks upon the pathology of these growths and their removal after preliminary resection of the superior maxilla.)** *Proceedings N.-Y. State med. Assoc. 1886.*

Dieser Fall betrifft einen 17jährigen Patienten. Die begleitenden Bemerkungen, welche im Titel bezeichnet sind, sind praktisch und beachtenswerth, enthalten jedoch nichts Neues. LEFFERTS.

44) **Bouilly. Nasenrachenpolypen. (Des polypes naso-pharyngiens.)** *Gaz. des hôpit. 8. Jan. 1887.*

B. ist bestrebt, in einer klinischen Vorlesung zu zeigen, dass man bei den Nasenrachenpolypen bald milde, bald mit grossen Opfern vorgehen müsse, je nachdem der Fall es erheischt. E. J. MOURE.

45) **H. B. Sands. Nasenrachenpolyp. (Naso-pharyngeal polypus.)** *New-York Med. Journal. 22. Januar 1887.*

Nichts von Bedeutung. Geschichte eines Falles, in dem das Neoplasma durch den galvanocaustischen Ecraseur exstirpirt wurde. LEFFERTS.

46) **Molière. Bemerkung über einen Fall von Nasenrachenpolyp. (Note sur un cas de polype naso-pharyngien.)** *Lyon méd. No. 4. 23. Januar 1887.*

Nach einigen Betrachtungen über die in diesen Fällen gemachten Präliminaroperationen, verwirft M., sich stützend auf die Thatsache, dass diese Tumoren im Alter von 20 Jahren von selbst atrophiren, jede Operation, es sei denn, dass man den Kranken vor dem Tod durch Hämorrhagie oder durch Asphyxie zu retten habe. E. J. MOURE.

47) **Luc (Paris). Luc'scher Schlunderweiterer zum Besichtigen des Nasenrachenraums. (Modification des Voltolinischen Gaumenhakens.)** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 3. 1887.*

Die Modification besteht darin, dass dem Voltolini'schen Instrument zwei Schenkel beigefügt werden, vermittelst eines Schiebers beweglich gemacht, der längs der Stange des Hakens gleiten kann. Das Instrument wird geschlossen eingeführt, durch Verschieben der Stange treten seitlich die Schenkel hervor und verhindern die Gaumenbögen sich der Hinterwand zu nähern. Das Instrument kostet 22 Francs. SCHECH.

c. Mundrachenhöhle.

48) **Trossat. Ueber die Nothwendigkeit der Untersuchung des Mundes vor der Narcose. (De la necessité de l'examen de la bouche avant l'anesthésie.)** *Lyon méd. 16. Jan. — Journ. des conn. méd. p. 38. 1. Febr. 1887.*

Tr. empfiehlt diese Untersuchung, um zu verhüten, dass Zähne oder künstliche Gebisse während der Chloroformnarcose in die Luftwege hinabfallen.

E. J. MOURE.

49) **E. A. Cormack** (Edinburgh). **Die Schleimhaut des Mundes. (The mucous membrane of the mouth.)** *Brit. Journal of Dental Science. Vol. XXIV. p. 486, 533 u. 578. 1886.*

In dieser Arbeit bespricht C. die Anatomie, Physiologie und pathologische Anatomie der Mundschleimhaut. Nachdem er die verschiedenen entzündlichen Processe abgehandelt hat, erörtert er den Einfluss der Secretion der Schleimhaut auf das Entstehen von Caries. A. E. GARROD.

50) **Redier. Acuter Verschluss der Kinnladen. (De l'occlusion aigue des mâchoires.)** *Journ. des sc. méd. de Lille. p. 175. 25. Febr. 1887.*

In Folge einer traumatischen Perforation der Wange durch eine schadhafte Pfeifenspitze bekam Patient eine Phlegmone der Wange und Verschluss der Kinnladen. In der Narcose trennte man die Zahnreihen und führte einen Drain ein. · Der Kranke genas. R. denkt, dass es sich um eine Myositis des Masseter und des Pterygoid. intern. gehandelt habe.

In der Discussion erinnert Duret daran, dass man nicht immer den Mund mit Gewalt in der Narcose öffnen solle, und dass narbige Retractionen und Anchylose des Schläfenkiefergelenks Gegenindicationen abgeben, welche zu einem anderen Verfahren nöthigen. E. J. MOURE.

51) **Weiss. Caries des Weisheitszahns, Osteo-periostitis des Unterkiefers, Phlegmone der Oberzungenbeingegend. (Carie de la dent de sagesse, Osteoperiostite du maxillaire inférieur, phlegmon de la région surhyoïdienne.)** *Soc. de chir. de Paris.* Sitzung vom 26. Januar 1887.

Da Suffocation drohte, machte W. die Tracheotomie; hierauf brachte die Extraction des Zahnes Alles wieder in Ordnung.

Desprès und Magitot meinen, dass man zuerst die Krankheitsursache in Angriff hätte nehmen können, dann würde man wahrscheinlich die Tracheotomie haben entbehren können. E. J. MOURE.

52) **Koch** (Kopenhagen). **Untersuchungen über den Ursprung und die Verbindungen des Nervus hypoglossus in der Medulla oblongata. (Undersögelser over N. hypoglossus Udspring og Forbindelse i Medulla oblongata.)** Dissertation. Kopenhagen. 1887.

Von den Resultaten, zu denen der Verf. durch genaue Untersuchungen von Serienschnitten der Medulla oblongata des Kalbes, der Katze, der Taube und des Menschen gekommen ist, sollen nur die folgenden zwei Punkte hervorgehoben werden:

1. Eine Verbindung zwischen den N. Hypoglossus und den Oliven ist nicht vorhanden.

2. Der Stilling'sche Kern ist beim Menschen der eigentliche und wichtigste Kern, aber daneben und vor diesem existirt ein accessorischer Kern.

Die Arbeit lässt sich ihrer vielen Einzelheiten wegen nicht gut referiren und interessirt übrigens mehr den Neuropathologen. SCHMIEGELOW.

53) **Ferré. Krampf der vom Hypoglossus innervirten Muskeln. (Spasme des muscles innervés par l'hypoglosse.)** *Soc. de Biologie. 23. April 1887.*

F. theilt mit, dass er eine Frau beobachtet habe, bei welcher der Krampf nicht nur die Muskeln der Zunge, sondern auch die des Zungenbeins befallen habe. E. J. MOURE.

54) **Berthold** (London). **Eine Pflanze, welche die Geschmacksqualitäten des Süssen und Bitteren vernichtet.** *Wiener med. Blätter. No. 24. 1887.*

Es handelt sich um die Gymnema sylvestre (R. Br.), deren Blätter beim Kauen den Geschmackssinn in obiger Weise beeinflussen. Die wirksame Substanz, die Gymneminsäure, ist zu 6pCt. in den Blättern enthalten. CHIARI.

55) **A. Davidson** (Sangular). **Cerebrospinales Fieber.** (? Red.). **(Cerebro-spinal fever.)** *Glasgow Med. Journal. April 1887.*

Im Verlauf des beschriebenen Falles schien Verlust des Geschmacks mit anderen deutlichen nervösen Symptomen eingetreten zu sein. Was den Geruch betrifft, so konnte nichts Bestimmtes festgestellt werden. P. M'BRIDE.

56) **Chas. E. Fairman. Wurmähnliche Körper aus dem menschlichen Hals und Mund. (Worm-like bodies from the human throat and mouth.)** *Philadelphia Med. and Surg. Reporter. 29. Januar 1887.*

Bei der Untersuchung der „Wurmähnlichen Körper“ fand man, dass es Baumwollfasern waren. Das Mikroscop zeigte zusammenhängende Stärkekugeln, Oelkügelchen, Muskelfasern und gewöhnliche Speicheltrümmer.

Alles stammte, wie kaum nöthig zu sagen, von einer hysterischen Patientin her. LEFFERTS.

57) **Woronichin** (Petersburg). **Ueber Noma.** Nach Beobachtungen im Elisabethen-Kinderspital während 17 Jahre. *Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. XXVI. Heft 2. 1887.*

W. analysirt 46 Fälle von Noma, von denen 22 im Verlaufe von 17 Jahren im Spital und 24 in der Ambulanz vorkamen. Nur 3 Mal wurde Heilung beobachtet. Im Spital kam auf 376 Kranke 1 Noma, in der Ambulanz aber erst auf 8635 Kranke 1 Nomafall. Aetiologisch stehen die Masern in erster Linie, dann folgt Scharlach, Keuchhusten, Lungenentzündung, Typhus, Darmcatarrhe, Pleuropneumonie. Der Herbst zeigte die geringste Morbidität. Die rechte Seite erkrankt häufiger; ebenso erkranken mehr Mädchen als Knaben. die grösste Morbidität fällt in das dritte Lebensjahr. Die beigegebenen Krankengeschichten mit Abbildungen und die Details sind im Original zu studiren. SCHECH.

58) **Ziem. Zur Pathologie der Wange.** *Allgem. med. Central-Zeitung. No. 30 u. 31. 1887.*

Ausgehend von einer Wasserinfiltration der Wange in Folge Anbohrung der Kieferhöhle bespricht Z. die Wege, auf denen Abscesse und Noma der Wange entstehen können; Z. glaubt, dass bei Noma örtliche Circulationsstörungen im Spiele seien; so könne vielleicht eine Eiterung an der Seitenwand des Nasenrachenraums zu einer Miterkrankung des die Venen- und Nervenstämmchen im Bereiche des Foramen sphenopalat. einscheidenden Bindegewebes und eiterige Thrombose des in der Fossa pterygopalatina und retromaxillaris gelegenen Venenplexus und der Venen der Wange Anlass geben. SCHECH.

59) **Schuster** (Arad, Ungarn). **Ein Fall von Speichelstein im Wharton'schen Gange.** *Oesterr. Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde. Jahrg. II. Heft IV. Oct. 1886.*

Sch. extrahirte einen nussgrossen Speichelstein aus, phosphorsaurem Kalk bestehend, aus dem rechten Wharton'schen Gange. Schon seit 44 Jahren bestanden öftere, theils acute theils chronische Entzündungen der rechten Submaxillardrüse. Literaturangaben bilden den Schluss. CHIARI.

60) **Pollak** (Rotterdam). **Beitrag zum Vorkommen von Speichelsteinen. (Bijdrage tot het Vorkomen van Speckselsteenen.)** *Weekblad van het Nederlandsch Tydschrift voor Geneeskunde. No. 7. 1887.*

Ein 1¹/₂ Ctm. langer, 3 Ctm. dicker und 1¹/₂ Grm. wiegender Speichelstein der linken Unterkieferspeicheldrüse wurde nach zwei vorausgeschickten nicht zu Ende geführten Operationen schliesslich spontan ausgestossen. BAYER.

61) **F. Cardone** (Neapel). **Myxoma papillare der Mundhöhle bei einem Kinde. (Mixoma papillare della cavita orale di un bambino.)** *Archivii ital. di Laringologia. Fasc. III. 1887.*

Ein Knabe von 17 Monaten hatte ein Stück Eisen in den Mund gebracht und seine Mutter, die ihm dasselbe herauszog, hatte eine Geschwulst, ein „hängendes Fleisch“ im Munde des Kindes bemerkt, weshalb sie 2 Tage darauf den Verf. consultirte. Es fand sich auf der Schleimhaut der linken Wange, gegen den Sulcus gingivalis zu, ein mandelgrosser, blassröthlicher, weicher, papillomatöser Tumor, der exstirpirt wurde. Derselbe konnte natürlich nicht in Folge des Traumas in 2 Tagen gewachsen sein, sondern bestand schon vorher.

Die Oberfläche des Tumors trägt zahlreiche Papillen, sein Centrum zeigt die mikroskopischen Charaktere des hyalinen Myxoms. Neubildungen in der Mundhöhle der Kinder sind häufig. C. citirt einen Fall von Myxosarcom (Billroth), von Myxoma lipomatodes (Senftleben) und von Myxoma papillare (Debove). KURZ.

62) **Otto Seifert** (Würzburg). **Ueber Hypertrophie der Zungenbalgdrüsen.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 19. S. 344. 1887.*

Veranlasst durch die Arbeit Swain's kommt Verf. auf das von ihm im Jahre 1886 behandelte Thema zurück. Er schildert das Bild der Hyperplasie der Zungenbalgdrüsen, deren sichtbaren Ausführungsgang er in seinen Cursen benutzt, um zu prüfen, ob seine Zuhörer richtig untersuchen. Er beschreibt einen

Fall, in welchem durch geschwollene Zungenbalgdrüsen heftige Beschwerden, insbesondere beim Leerschlingen hervorgerufen wurden und einen zweiten, in welchem bei einem Cand. med. ein Knochenstück, das im Halse sitzen geblieben war, eine acute Schwellung der Balgdrüsen veranlasste. Der Umstand, dass der mit den anatomischen Verhältnissen durchaus vertraute Mediciner die hierdurch hervorgerufenen Beschwerden in den Kehlkopf hinein verlegte, giebt Verf. Veranlassung über die falsche Localisation der Empfindungen im Halse sich auszulassen und hierfür Beispiele beizubringen. Bei Parästhesien der Rachenorgane müsse den Erkrankungen der Zungenbasis besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

B. FRAENKEL.

d. Diphtheritis und Croup.

63) **Michael W. Taylor** (London). **Schimmelpilze als Ursache der Diphtherie. (Mould-fungi as causes of diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. 30. April 1887.*

Der vor der Epidemiological Society of London am 13. April 1887 gehaltene Vortrag bezweckt unter Bezugnahme auf die Grawitz'schen und andere bacteriologische Experimente den Nachweis, dass an sich harmlose Schimmelpilze in Folge besonderer Wachsthumsverhältnisse in geeigneten Medien pathogen werden und das Diphtheritisgift de novo erzeugen könnten. T. illustrirte diese, schon seit längerer Zeit von ihm vertretene Ansicht durch Mittheilung zahlreicher, anscheinend für dieselbe sprechender Fälle, hinsichtlich deren wir auf das Original verweisen müssen. Der Bericht im Brit. Med. Journ. ist sehr lesenswerth.

SEMON.

64) **Putz** (Halle a. S.). **Ueber croupös-diphtheritische Erkrankungen unserer Hausthiere und deren Beziehungen zur Diphtherie des Menschen.** *Oesterr. Zeitschrift für wissenschaftliche Veterinärkunde. Bd. 1. Heft 1. 1887.* Wien. Braumüller.

P. hebt zunächst hervor, dass in der Geschichte mehrere Epidemien von Diphtherie erwähnt werden, welche von Viehseuchen begleitet waren; doch lässt sich ein causaler Zusammenhang nicht feststellen, da in früherer Zeit ausgebreitete Thierseuchen oft vorkamen, deren Natur jetzt nicht mehr eruirbar ist.

Die in neuerer Zeit gemachten Beobachtungen stellen zunächst fest, dass secundäre croupös-diphtheritische Processe bei den Hausthieren häufig sind, primäre aber nicht erwiesen sind. Uebertragungsversuche von menschlichem Diphtheriegift auf Hausthiere misslangen.

Ebenso ist die Ansteckungsfähigkeit der Hühnerdiphtherie und Kälberdiphtherie für Menschen sehr unwahrscheinlich. Eine grosse Schwierigkeit liegt darin, dass weder das Virus der Menschendiphtherie noch das der verschiedenen Diphtherieformen der Thiere sicher erkannt ist; ausserdem müsste aber noch von klinischer Seite die Identität zweifellos nachgewiesen werden. P. weist zum Schlusse noch hin auf die Nothwendigkeit gründlicher Untersuchungen, um das Verhältniss beider Formen zu klären. Details sind im Original nachzulesen.

CHIARI.

65) **A. Mouillot** (Gorcy). **Ueber eine Entstehungsart von Diphtherie. (On an outbreak of diphtheria.)** *Dublin Journal of Med. science. April 1887.*

Diese Arbeit ist von grossem Interesse, weil sie zu beweisen scheint, dass

1) die Diphtherie wahrscheinlich primär entstehen kann in Folge einer Infection des Schlafzimmers durch Kanalgase und dass 2) im Halse ein der Folliculartonsillitis ganz gleicher Zustand die einzige locale Erscheinung der Krankheit sein kann. Die Arbeit ist kurz und verdient im Original gelesen zu werden. P. M'BRIDE.

66) **J. W. Collins. Kann Diphtherie durch eine Zahnzange mitgetheilt werden? (Can diphtheria be communicated by tooth forceps?)** *New-York Med. Record. 5. März 1887.*

Der Autor erzählt die Heldenthaten eines Quacksalbers, der sich selbst den „König der Zahnkünstler" nennt. Er hält eine Woche hindurch jeden Abend freie Klinik zur Extraction von Zähnen. Auf diese „Zahnextractionen" macht er alle diejenigen aufmerksam, welche an Zahnweh oder Caries der Zähne leiden, damit sie zu ihm kommen und gratis die Wohlthat seiner Kunst geniessen. Wie nicht erst bemerkt zu werden braucht, hat er viel zu thun. In dem letzteren Theil der Woche sah der Autor 7 Fälle von Diphtherie, die sich innerhalb zweier Tage entwickelt hatten. In jedem Fall waren einer oder mehrere Zähne von dem wandernden Zahnkünstler ausgezogen worden. Andere Fälle dieser Krankheit wurden im Ort nicht bekannt. Ist es wahrscheinlich, so fragt der Autor, dass die Krankheit durch das Instrument mitgetheilt wurde? LEFFERTS.

67) **B. Anningson** (Cambridge). **Beispiele für Uebertragung der Diphtherie. (Examples of communication of diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. 12. Febr. 1887.*

Illustrirende Fälle, der Cambridge Medical Society vorgetragen. Der Titel erklärt den Inhalt. A. E. GARROD.

68) **Henry Godrich** (Long Ditton). **Diphtherie und Croup als endemische Krankheiten. (Diphtheria and croup as endemic diseases.)** *Lancet. 26. März 1887.*

In einem an den Redacteur der Lancet gerichteten Brief drückt G. seine Ansicht dahin aus, dass Ställe und Stalldünger Hauptursachen für das Auftreten von Diphtherie seien und führt Beweise zur Stütze seiner Ansicht an.
A. E. GARROD.

69) **Heubner. Beiträge zur Kenntniss der Diphtherie. I. Eine Morbiditätsstatistik.** *Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 26. Heft 1. 1887.*

H. unterzog sich der dankenswerthen Aufgabe, das von den Leipzigern Aerzten gesammelte Material zu sichten und daraus sehr wichtige Beobachtungen zusammenzustellen. Da es nicht möglich ist, Alles eingehend zu referiren, so soll nur das Interessanteste hier Erwähnung finden und muss der sich für die Frage Interessirende unbedingt das Original nachlesen. Die stärkste Disposition zur Diphtherie besitzt das Alter von 3—7 Jahren; vom 8. Jahre sinkt bereits die Disposition, um nach dem 15. minimal zu werden; doch ist auch das 2. Lebensjahr noch stark betheiligt. Das weibliche Geschlecht hat eine grössere Morbidität als das männliche, 412 gegen 336. Bewohner von Neubauten erkranken häufiger als solche älterer Häuser; die Oertlichkeit ist also ebenfalls eine Hilfsursache. Verf. warnt vor therapeutischen Illusionen, da der Charakter und der Verlauf der Epidemie sehr grossen Verschiedenheiten unterläge. Die Schulen tragen zur Verbreitung der Diphtherie bei, indem innerhalb der Schule, sei es nun durch die Nachbarschaft in der Klasse, sei es durch den Verkehr in den Zwischenstunden

oder auf dem Schulwege häufig eine Uebertragung auf disponirte Individuen stattfinde. Leicht Erkrankte oder Krankgewesene können das Gift an sich tragen und dadurch die Schulnachbarn gefährden. Es ist sehr wahrscheinlich, dass gesund bleibende Personen das Gift verschleppen, namentlich Solche, welche mit den Kranken anhaltend in Berührung kamen. Das Verbot des Schulbesuches gesunder Geschwister von Diphtheriekranken wäre sehr zu befürworten. Ob durch leblose Gegenstände das Gift übertragen werden kann, ist nicht sicher. Recidive der Diphtherie sind sehr selten. Dass eine primäre Diphtherie durch Scharlachinfection entstehen könne, ist nicht bewiesen. SCHECH.

70) **A. G. Sawyer. Diphtherie. (Diphtheria.)** *Medical Conselor. Jan. 1887.*

Nichts von Bedeutung. LEFFERTS.

71) **Miller. Ueber Diphtherie. (On diphtheritis.)** *St. Louis Med. Journal. Januar, Februar, März 1887.*

Eine lange, die Affection behandelnde Arbeit. Sie bietet zwar, hinsichtlich der Vollständigkeit, ein schönes Resumé, bringt jedoch nichts Originelles. LEFFERTS.

72) **G. N. Love. Diphtherie. (Diphtheria.)** *Weekly Medical Review. St. Louis. 5. Februar 1887.*

Nichts Neues. LEFFERTS.

73) **J. M. Sherman. Diphtherie. (Diphtheria.)** *Jova State Med. Rep. Febr. 1887.*

Nichts Neues. LEFFERTS.

74) **J. Solis-Cohen. Eine Serie von drei Epithel- oder pseudomembranösen Abgüssen der Mandeln und der Gaumenfalten bei einem Fall von Diphtherie. (A series of three epithelial or pseudomembranous casts of the tonsils and palatine folds from a case of diphtheria.)** *Philadelphia Med. News. 22. Januar 1887.*

Der Titel der Mittheilung bezeichnet die Natur und die Punkte, welche von Interesse in diesem Fall sind. LEFFERTS.

75) **Simons** (Purmerend). **Ueber Croup, Diphtheritis und sonst noch mehr. (Over Croup, Diphtheritis, en nog wat.)** *Weekblad van het Nederlandsch Tydschrift voor Geneeskunde. No. 4. 1887.*

Polemik gegen eine von Kramer in den „Het Niews van den Day“ in französischer Sprache angekündigte Broschüre, deren deutsche Auflage, welche dem Ref. seiner Zeit ebensowenig wie Herrn Simons zugänglich war, vergriffen sei. Die marktschreierisch angekündigte Broschüre, welche „Heilung des echten Croups ohne Operation“ verspricht, ist aber Herrn Simons ebenfalls nicht zugänglich.

Simons bespricht bei dieser Gelegenheit die verschiedenen Krankheitsbilder, welche unter dem Namen Croup und Diphtheritis mitlaufen, und schlägt vor, das Wort Croup ganz fallen zu lassen, und dasselbe durch den Ausdruck „Laryngitis suffocativa“, seu catarrhalis“, seu „membranacea“, seu „diphtheritica“ zu ersetzen. BAYER.

76) **Simons. Die Brochüre von Herrn Kramer: „Die Radicalheilung der Diphtheritis und ihre sicheren Vorbeugungsmittel." (De Brochure von den Herr Kramer.)** *Weekblad van het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde. No. 11. 1887.*

Endlich ist es dem Verfasser gelungen, der Broschüre Kramer's habhaft zu werden, und er lässt sie Revue passiren, gewiss wie sie es nicht besser verdient. Weiterhin muss auf das Original verwiesen werden. BAYER.

77) **V. Cozzolino** (Neapel). **Ueber einen Fall von primärer diphtheritischer Coryza bei einem Erwachsenen. (In proposito di un caso di corizza difterica primitiva in un adulto.)** *Bollettino delle malattie dell' orecchio etc. No. 4. 1887.*

Bei einem 40jährigen Manne, dessen Kind an Diphtherie gestorben war, stellte sich Fieber und Nasenbluten ein. C. fand im vorderen Theil der rechten Nasenhöhle diphtherische Plaques, die er leicht entfernte. Irrigation mit Carbollösung. Kauterisation mit Lapis. Irrigation mit Ferr. sesquichlor. gegen die Blutung. Chinin. Zerstäubung von Sublimat. Inhalation von Terpentin. Nach 3 Tagen Heilung bis auf eine leichte Parese des Gaumensegels. KURZ.

78) **Campbell Pope** (London). **Multiple Neuritis nach Diphtheritis. (Multiple neuritis after diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. 26. Februar 1887.*

Beschreibung eines Falles, in welchem ein Mann zehn Monate nach einem ziemlich sicher diphtheritischen Halsleiden (seine in demselben Hause wohnende Schwester starb zu der Zeit an Diphtheritis) mit Anästhesie des Kehlkopfes, fast vollständiger Lähmung der Extremitäten, die in den Beinen begonnen und später die Vorderarme ergriffen hatte, Schlottern der Hände und Füsse, Abmagerung, Hypersensibilität in den Muskeln der Unterschenkel und im Verlaufe der Nervenstämme in das Queen's Hospital zu Birmingham aufgenommen wurde. Vor der Aufnahme litt er an schiessenden Schmerzen. Ein Nadelstich bewirkte zwei getrennte Sensationen: zuerst das Gefühl der Berührung, erst später das des Schmerzes. In den Extensoren der Beine und Vorderarme war die Entartungsreaction vorhanden. Unter Galvanisation, Massage und innerlichem Gebrauch von Liquor strychniae (40 Tropfen dreimal täglich) erfolgte zur Zeit der Mittheilung allmälige Genesung. — Ueber die Discussion, an der sich die Herren Alderson, Bennett, Mallam, Pitt, Blenkinsop und der Vortragende betheiligten, ist Näheres nicht angegeben. SEMON.

79) **Suckling** (Birmingham). **Diphtheritische Paralyse. (Diphtheritic paralysis.)** *Birmingham Medical Review. Januar 1887.*

Eine sehr interessante Mittheilung, welche so weit geht, zu behaupten, dass die diphtheritische Paralyse wenigstens in dem sorgfältig berichteten Fall des Autors durch peripherische Neuritis bedingt sei. M'BRIDE.

80) **Bouchut. Diphtheritische Lähmung. (Paralysie diphthéritique.)** *Paris méd. 2. April 1887.*

In einer Besprechung über diesen Gegenstand sucht B. den Satz aufzustellen, dass die Paralyse eine Folge einer Neuritis sei, welche, vom Gaumensegel ausgehend, die nervösen Centren erreicht, um mittelst des Rückenmarks in die peripherischen hinabzusteigen, welche sie zur Paralyse bringt. E. J. MOURE.

81) Greves. Klinische und pathologische Beobachtungen über einige Fälle von Diphtherie und postdiphtheritische Lähmungen. (Clinical and pathological observations on some cases of diphtheria and post-diphtheritic paralyses.) *Liverpool Medico-Chir. Journal. Januar 1887.*

G. liefert einen sehr werthvollen Beitrag zu dieser Materie. Es werden drei Fälle berichtet, von denen der erstere am interessantesten ist. Einige Wochen nach einem Anfall von Angina trat eine sehr ausgedehnte motorische und sensible Lähmung auf und schliesslich starb der Patient. Leider wurde nur die Erlaubniss zur Untersuchung des Rückenmarks gegeben.

„Die graue Substanz der Lendengegend war in ausgedehnter Weise einer Erweichung anheimgefallen, besonders die linke Seite, welche ganz zerfliesslich war. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, dass ein grosser Theil des linken Halbkreises der grauen Substanz zerstört war, ein Theil des Vorderhorns war geschwunden und in dem zurückgebliebenen Theil waren die Ganglienzellen in einem Zustand wolkiger Schwellung, einige hatten sogar ihre Fortsätze eingebüsst. Auf der rechten Seite der Lumbargegend und, in geringerer Ausdehnung, in dem Dorsal- und Cervicaltheil waren entzündliche Veränderungen vorhanden.“

Der Autor bespricht die verschiedenen Ansichten über die diphtheritische Lähmung, und scheint dieselbe als eine peripherische Neuritis anzusehen, welche sich bis in die centrale graue Substanz des Rückenmarks ausbreiten kann.

Der zweite Fall ist von Interesse, weil der primäre Sitz der Diphtherie die Vulva war und ausgesprochene Parese folgte einschliesslich der Stimmbandöffner.

Ein anderer Fall von Pharynxdiphtherie ist gleichzeitig mit Diphtheritis der Vulva verbunden. Es folgt sodann ein kurzer Hinweis auf einen tödtlichen Fall, wo auf die Circumcision eine diphtheritische Exsudation mit tödtlichem Ausgang folgte. Die mikroskopische Untersuchung zeigte Micrococcen, welche alle Characteristica der von Buhl in den Pseudomembranen des Pharynx etc. gefundenen hatten.

Diese Arbeit sollte im Original gelesen werden. M'BRIDE.

82) A. Montefusco. Ein Fall von Diphtheritis mit Manie. (Un caso di difterite maniaca.) *Archivii ital. di Laringologia. Fasc. 1. 1887.*

M. erzählt folgenden, von Lombroso beobachteten Fall:

Eine 27jährige Frau erkrankt plötzlich mit Delirien, hält sich für verhext, masturbirt, wird in's Spital gebracht, wo man Erscheinungen von Pleuritis und Cavernen constatirt, und wo sie, nachdem einige Tage später sich eine Rachendiphtherie entwickelt hat, bald stirbt.

In seinem eigenen Fall trat bei der 33jährigen Kranken die Manie am vierten Tage der Rachendiphtherie ein: Ideenjagd, Hallucinationen und Illusionen, Verfolgungswahn, Grössenwahn, melancholische, maniacalische, erotische Zustände wechseln mit einander. Nach 4 Tagen Genesung. KURZ.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

83) **Otto Fullgraff. Die Wichtigkeit einer richtigen Respiration für die Behandlung der nicht chirurgischen Krankheiten des Larynx, der Trachea und der Bronchien mit medicamentösen Sprays und einige Erklärungen und Rathschläge zur Erzielung günstiger Resultate. (The importance of proper respiration in the treatment of non-surgical diseases of the larynx, trachea and bronchial tubes with medicated sprays and some explanations and suggestions as to the achievement of beneficial results.)** *New-York Med. Times. April 1887.*

Nachdem der Autor den Anspruch als Pionier in der Kunst des Laryngoscopirens in Amerika zu gelten, für sich erhoben hat, betont er nachdrücklich die Nothwendigkeit, den Patienten sorgfältig hinsichtlich seines Athmungsmodus einzuüben, da dies sehr wesentlich für eine erfolgreiche laryngoskopische Untersuchung ist. Hierauf giebt er gewisse sehr praktische und bemerkenswerthe Regeln, um die respiratorische Action des Patienten während des Gebrauchs medicamentöser Sprays zu beherrschen. LEFFERTS.

84) **Foxwell. Acute Laryngitis bei Kindern. (Acute laryngitis in children.)** *Birmingham Medical Review. Februar 1887.*

Diese lange und in gewisser Hinsicht interessante Arbeit ist kaum zu besprechen, ohne den dem Ref. zugemessenen Raum ungebührlich zu überschreiten. Der Autor scheint zu glauben, dass die acute Laryngitis bei Kindern stets eine secundäre Erkrankung sei. Er glaubt ferner, dass die membranösen Laryngitiden nicht diphtheritische seien, da eine Betheiligung des Larynx bei Diphtherie nicht mit der Existenz einer Pseudomembran verbunden zu sein braucht. Er hält auch die catarrhalische Form der membranösen Laryngitis für gefährlicher als die diphtheritische, weil jene mehr geneigt ist, sich auf die Bronchien auszubreiten. — Endlich wird die Therapie besprochen. Bei kräftigen Individuen empfiehlt er ein Emeticum aus Antimon; die Tracheotomie sei so lange als möglich aufzuschieben. In den diphtheritischen Fällen empfiehlt er frühzeitige Tracheotomie. Viele Leser werden es interessant, amüsant, oder — je nach der Gemüthslage — ärgerlich finden, dass das Laryngoskop in dieser nicht uninteressanten, jedenfalls aber originellen Arbeit überhaupt nicht erwähnt wird. M'BRIDE.

85) **A. H. Buckmaster. Ein Fall von submucöser Laryngitis, mit heissem Wasser behandelt. (A case of sub-mucous laryngitis treated with hot water.)** *New-York Med. Journal. 22. Januar 1887.*

Der Patient litt an acuter Laryngitis. Als starke Dyspnoe und Cyanose eintraten, wurde, um die Tracheotomie zu umgehen, folgendes Verfahren versucht. Eine Gummiunterlage wurde über das Bett gebreitet und der Patient so gelagert, dass der Kopf tiefer als die Schultern lag. Alsdann wurde mit einer Davidson-schen Spritze eine grosse Menge heisses Wasser von ca. 39 ⁰ R. gegen die ödematösen Gewebe gespritzt. Zuerst rief dieses Verfahren einen Schluckreiz hervor; er wurde jedoch bald überwunden; die Athmung wurde leichter und nach $^1/_2$ Stunde waren die lästigen Symptome geschwunden.

(Eine laryngoskopische Untersuchung war nicht gemacht worden. Die Dyspnoe kann durch Larynxkrampf bedingt gewesen sein.) LEFFERTS.

86) **B. Fränkel** (Berlin). **Demonstration eines Präparates von Larynxoedem bei Nierenschrumpfung.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 22. S. 401. 1887.*

Das Präparat entstammte der Leiche eines Mannes, der aus dem Gesunden heraus an Larynxödem erkrankte und der in Gegenwart des Verf.'s in einer Droschke starb, in die er gestiegen war, damit er im nächstgelegenen Krankenhause tracheotomirt werden könnte. Die Section ergab neben den Erscheinungen des Larynxödems hochgradige Schrumpfung einer Niere. Die Demonstration erfolgte in der Berl. med. Gesellschaft und machte Virchow darauf aufmerksam, dass das blosse Zusammentreffen von Nierenschrumpfung und Larynxödem keinen ursächlichen Zusammenhang dieser Zustände beweise, vielmehr wahrscheinlich Erysipelas des Kehlkopfs vorliege. In der nächsten Sitzung der Berl. med. Gesellschaft theilte B. Fränkel mit, dass die von Virchow in seiner Gegenwart vorgenommene mikroskopische Untersuchung des Präparats zwar keine Erysipel-Coccen, wohl aber eine erhebliche Durchsetzung der Schleimhaut mit Rundzellen nachgewiesen habe. Es sei also eine active Irritation der Kehlkopfschleimhaut vorhanden gewesen und müsste in Zukunft bei ähnlichen Fällen hierauf untersucht werden. AUTOREFERAT.

87) **Nixon** (Dublin). **Glottisoedem. (Oedema glottidis.)** *Dublin Journal of Medical Science. März 1887.*

Der pathologischen Abtheilung der Irish Academy of Medicine zeigte N. den Kehlkopf und die Trachea eines Patienten, welcher an Glottisödem im Verlauf der Bright'schen Nierenerkrankung gestorben war. M'BRIDE.

88) **Hunter Mackenzie** (Edinburgh). **Chronische Laryngitis und deren Folgen. (Chronic laryngitis and its sequelae.)** *Edinburgh Medical Journal. Januar 1887.*

Nichts Neues, aber ein sorgfältiger Bericht über diese Affection. Als Folgen beschreibt M. Tuberculose und Tumoren. Bei der Behandlung eifert er wohl etwas zu sehr gegen innere Mittel und klimatische Einflüsse. Der Autor scheint das wohlbekannte Factum zu vergessen, dass bei gewissen gichtischen Personen und bei manchen plethorischen Individuen, welche an Hämorrhoiden leiden, die Localbehandlung fast hoffnungslos ist, wenn man nicht gleichzeitig solche Mittel wie Karlsbader Salz und schmale Diät verordnet. M'BRIDE.

89) **Bernard Tauber** (Denver, Colorado). **Chronische Hypertrophie der Taschenbänder. (Chronic hypertrophy of the ventricular bands.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 26. Februar 1887.*

Der Autor beschreibt einen Zustand, welcher in entzündlicher Verdickung der Taschenbänder, und zwar einseitiger oder doppelseitiger Verdickung besteht. In den meisten Fällen ist nur ein Taschenband ergriffen, entweder theilweise, oder im Ganzen. Die übrigen Theile des Kehlkopfs sind in der Regel normal.

Nach kurzer Aufzählung der einschlägigen Beobachtungen früherer Autoren theilt T. mit, dass er in 15 Jahren 82 derartige Fälle gesehen habe. Von diesen betrafen 57 Männer, 25 Frauen. Die Patienten hatten grösstentheils das Pubertätsalter überschritten. In 52 Fällen war allein die rechte, in 12 die linke Seite, in 18 beide Seiten afficirt. — T. ist der Ansicht, dass hauptsächlich, wenn auch nicht ausschliesslich, die plötzlichen und hochgradigen Temperaturwechsel im

Ohiothale, wo er früher prakticirte, für die Entstehung der Affection verantwortlich zu machen sind.

Resorcin 0,75—1,0 : aq. 30,0 wird in solchen Fällen mit gutem Resultat applicirt.

LEFFERTS.

90) **W. H. Katzenbach. Ein Fall von Kehlkopf- und Lungenschwindsucht mit einem ungewöhnlichen Herzgeräusch. (A case of laryngeal and pulmonary phthisis with an uncommon cardiac murmur.)** *New-York Med. Journ. 26. März 1887.*

Nichts von Bedeutung.

LEFFERTS.

91) **Trifiletti** (Neapel). **Ein wahrscheinlicher Fall von primärer tuberculöser Laryngitis. (Un caso probabile di laringite tubercolare primitiva.)** *Bollettino delle malattie dell' orecchio etc. No. 5. 1887.*

Ein 21 jähriges Mädchen klagt über Heiserkeit. Befund: Laryngitis mit Parese der Stimmbänder. Während des ersten Monats der Behandlung verschlimmerte sich der Zustand. Es trat Reizhusten und Athemnoth ein. Die Schleimhaut der falschen Stimmbänder schwoll an, so dass fast das Bild eines diffusen Papilloms entstand.

Die Anamnese ergab, dass der Schwager der Patientin, der im gleichen Hause mit ihr gelebt hatte, vor Kurzem nach einer zweimonatlichen, durch Blutbrechen, hohes Fieber und Delirien charakterisirten Krankheit gestorben war. Pat. war vor ihrer Erkrankung nach einem Ball in den Regen gekommen. Kein Anhaltspunkt für Syphilis; keine Phthise in der Familie der Pat. Auf der Lunge nichts Verdächtiges.

Unter Resorcin-, Jodoform- und Milchsäurebehandlung bessert sich der Kehlkopf. Aber Pat. entzieht sich der Behandlung und kommt nach einem Monat mit Husten und Fieber und schlechtem Allgemeinbefinden wieder zurück. Der Zustand des Kehlkopfes hatte sich bedeutend verschlechtert, indem Zunahme der Schwellungen und ulcerative Processe eingetreten waren. Auf der Lunge nichts als etwas rauhes Athmen (erklärt durch den leichten Grad von Laryngostenose).

Nach mehr als achtmonatlicher Behandlung, die bedeutende Besserung brachte, ist der Zustand folgender: Ungleichmässige Schwellung und Infiltration der Kehlkopfschleimhaut, Stimmbänder verdickt und ausgezackt durch Infiltrationen der Substanzverluste. Stimme rauh. Dyspnoe und Dysphagie verschwunden. Ueber der linken Lungenspitze weniger voller Percussionsschall, trockene Rasselgeräusche, pleuritischer Schmerz. Abendtemperatur um einige Zehntel erhöht.

T. glaubt, dass auch ohne Sputumuntersuchung die tuberculöse Natur der Affection sicher gestellt sei. Und zwar hält er den Fall mit grosser Wahrscheinlichkeit für eine primäre Kehlkopftuberculose, indem er diese Ansicht auf drei Punkte gründet: den Verlauf der Krankheit, den langen Zeitraum bis zum Auftreten der Lungenerscheinungen und die relativen Erfolge der localen Therapie.

KURZ.

92) **Max Schäffer** (Bremen) und **Dietrich Nasse** (Göttingen). **Tuberkeltumor im Larynx.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 15. S. 307. 1887.*

Sch. entfernte 1884 mit der kalten Schlinge einen bohnengrossen Tumor,

der am hintersten Ende des linken wahren Stimmbandes in der Aryknorpelgegend begann und sich in die Incisura interarytänoidea und den unteren Larynxraum erstreckte. Derselbe zeigte eine leicht höckerige Oberfläche, war grauröthlich, hart und nicht ulcerirt. Er fand sich bei einem 33jährigen, derzeit sonst anscheinend gesunden Patienten, der später an Phthise zu Grunde ging. Die von Nasse ausgeführte Untersuchung zeigte, dass derselbe zum Theil aus Bindegewebe, zum Theil aus dicht nebeneinander liegenden Tuberkeln bestand. Letztere enthielten Riesenzellen und Koch's Tuberkelbacillen. Nasse führt aus der Literatur ausser den bekannten ähnlichen Beobachtungen von Kidd, Schnitzler und J. Mackenzie einen Fall an, den Foa (Arch. per le scienze med. VII. No. 13) beschreibt.

B. FRAENKEL.

93) **Gouguenheim. Localbehandlung der Larynxschwindsucht. (Traitement local de la phthisie laryngée.)** *Revue génér. de Clin. et de thérap. 24. März 1887.*

G. empfiehlt die Milchsäure.

E. J. MOURE.

94) **C. C. Rice. Die Beziehung der Lungenschwindsucht zur Kehlkopfschwindsucht und die Wichtigkeit der Localbehandlung. (The relation of laryngeal to pulmonary phthisis and the importance of local treatment.)** *New-York Med. Record. 23. April 1887.*

Der Autor meint: Ein Viertel aller Todtenscheine trägt den Namen Lungenphthisis und die Statistik zeigt, dass in ca. $^1/_3$ dieser Fälle der Larynx in einem ähnlichen Process entzündlicher Degeneration begriffen sei, mithin leidet $^1/_{12}$ aller überhaupt zur Beobachtung kommenden Patienten an der Kehlkopfschwindsucht!

Er wirft darauf folgende Fragen auf:

Ist die Larynxschwindsucht stets eine tuberculöse? und, wenn dem so ist, stellt die Ablagerung von Tuberkeln stets die primäre Läsion des Larynx dar? Oder ist das Auftreten von Tuberkeln häufig nur etwas secundäres, indem eine catarrhalische Laryngitis einfachen Charakters durch den schlechten Allgemeinzustand des Patienten in ein Ulcerationsstadium übergeht? Ferner gesetzt, dass das tuberculöse Infiltrat sich im Larynx früher oder später zeigt, ist es die Ursache des nachfolgenden degenerativen Processes? Macht seine Anwesenheit die Krankheit, welche Larynxschwindsucht genannt wird, zu einer specifischen, so dass sie etwas ganz anderes, als der einfach catarrhalische Process ist? Oder ist andererseits das Auftreten von Tuberkeln nicht eins der letzten Symptome der gewöhnlichen chronischen catarrhalischen Laryngitis?

Es giebt rücksichtlich der Pathologie der Kehlkopfschwindsucht zwei extreme Ansichten: Nach der ersten allgemein angenommenen ist der entzündliche Process des Larynx stets durch das Auftreten von Tuberkeln bedingt und zeigt sich, nachdem derselbe Process die Lungen ergriffen hat.

Die zweite Ansicht, zu der sich allmälig immer Wenigere bekennen, ist die, dass der Tuberkel eine sehr untergeordnete Rolle in der Aetiologie der Larynxentzündung bildet und in dem kleinen Procentsatz von Fällen, wo eine tuberculöse Infiltration sich findet, nimmt man an, dass der Larynx davon befallen sei, nachdem er bereits in das Stadium der Ulceration gerathen. Keine dieser Theorien scheint R. so durch die laryngoskopischen und klinischen Untersuchungen

gestützt zu werden, wie eine zwischen ihnen liegende. Aerzliche Beobachter, deren Meinungen sich hauptsächlich durch die laryngoskopischen Untersuchungen dieser Fälle bilden, neigen noch zu dem Glauben, dass viele Fälle von Kehlkopfschwindsucht gar keinen besonderen Charakter tragen, sondern das Resultat einer einfachen catarrhalischen Entzündung sind, welche nur deshalb zur Ulceration und Degenerationen führt, weil der Allgemeinzustand des Patienten so stark zur Bildung von unbeständigen lymphoiden Geweben neigt und weil eine so geringe Regenerationskraft vorhanden ist.

Diese Reihe von Fällen von Larynxschwindsucht, die keineswegs so selten sind, zeigt nichts von den charakteristischen Schwellungen der Larynxschwindsucht. Sie unterscheiden sich in der That in nichts in ihrem laryngoscopischen Aussehen, wenigstens in ihrem frühen Stadium, von den gewöhnlichen Fällen subacuter und chronischer catarrhalischer Laryngitis. Selbst in ihren späteren und letzten Stadien unterscheiden sie sich nicht davon, es sei denn, man behauptet, dass Ulceration den einfachen Catarrhen fremd sei und nur den specifischen zukomme. Denn die Ulceration ist das einzige unterscheidende Moment.

Zum Schluss formulirt der Autor seine Ansicht wie folgt: Kehlkopfschwindsucht ist nicht stets Kehlkopftuberculose. In ca. 65 pCt. der Fälle finden wir die charakteristische Schwellung in Folge von Ablagerung von Tuberkeln, aber in den verbleibenden 35 pCt. verläuft der Process langsam und schleichend, beginnend mit einem gewöhnlichen subacuten Catarrh, der chronisch und schliesslich ulcerativ wird, sobald das Allgemeinbefinden des Patienten gelitten hat. Die Prognose hängt hierbei von dem Stadium ab, in welchem die Krankheit erkannt und behandelt wird. Diese letztere Klasse von Fällen ist der Behandlung zugänglich.

LEFFERTS.

95) **E. J. Moure. Larynxphthisis und Tracheotomie. (Phthisie laryngée et trachéotomie.)** *Soc. anat. et Journal de méd. de Bordeaux. 21. Februar 1887.*

Der Autor zeigt Präparate, die von einem Kranken stammen, welcher sich vor 8 Monaten der Laryngotomia intercricothyreoidea unterzogen hatte und erklärt dabei die Sprachstörungen, welche man in Folge dieser Operation beobachtet, durch die häufige Trennung des Ringknorpels behufs Einlegung der Canüle. Sobald nämlich dieser Knorpel durchschnitten wird, werden beide Fragmente durch die Canüle selbst von einander entfernt gehalten. Hieraus muss ein Reiben der Giessbeckenknorpel entstehen, wodurch die Bewegungen dieser Knorpel allmälig gestört werden und folglich auch die der Stimmbänder; daher die Sprachstörungen.

Davezac frägt Moure, was er von der Tracheotomie bei der Larynxschwindsucht hält. Moure erwidert, dass die Operation stets angezeigt ist, sobald eine Stenose besteht, vorausgesetzt, dass der Zustand der Lungen gestattet, diese Operation zu machen.

AUTOREFERAT.

96) **Heschmann (Paris). Strictur des Larynx. (Rétrécissement du larynx.)** *Soc. anat. de Paris. 25. März 1887.*

H. fand im Krankenhaus (Klinik von Siredey) einen Kranken, welcher eine Canüle trug, an Asphyxie zu Grunde gehend. Bei der Autopsie zeigte sich der Larynx mit fungösen Ulcerationen erfüllt. Ueber deren Natur sagt der Autor nichts aus; die Beobachtung ist sehr unvollständig.

E. J. MOURE.

97) **Zur Prioritätsfrage der rapiden Trennung der verwachsenen Stimmbänder. (A question of priority in rapid divulsion of the vocal cords.)** Leitartikel im Medical Record. *New-York Med. Record. 26. Februar 1887.*

En einer Mittheilung in der Sitzung einer Provinzialabtheilung der Nationalen (Italienischen) Gesellschaft der Gemeindeärzte zu Faenza berichtet Dr. Peruzzi einen Fall (Il Racoglitore Medico, 10. Dec. 1886), in dem eine Larynxstenose mit Sklerose der Stimmbänder in Folge von syphilitischer Ulceration bestand. Der Autor des Artikels betont besonders die Originalität der Operation und behauptet, dass er weder jemals einen derartigen Fall von sofortiger Erweiterung oder Lostrennung der Stimmbänder gelesen habe, noch von denjenigen, welche mit der Literatur des Gegenstandes bekannt wären, zu erfahren im Stande war, dass eine solche Operation bereits ausgeführt worden sei.

Aber die nämliche Operation der schnellen Lostrennung ist von Dr. Joseph O'Dwyer von hier ausgeführt und in The Medical Record vom 5. Juni 1886 berichtet worden, also 5 Monate früher, als Dr. Loreta den oben erwähnten Fall operirte. Die Patientin war Dr. O'Dwyer behufs Entfernung der Stimmbänder wegen doppelseitiger Paralyse der Stimmbandöffner zugewiesen worden. Sie hatte zwei Jahre eine Canüle getragen. Die Untersuchung ergab einen fast vollständigen Verschluss des Larynx durch syphilitische Verwachsungen. Der Operateur erweiterte die Trachealöffnung, zerstörte die Adhäsionen vollständig, indem er eine Pincette einführte, geöffnet zurückzog und hierauf eine Sonde einlegte. Nachher entfernte er ein Stück von jedem Stimmband, da sowohl eine vollständige Paralyse der Stimmbandöffner, wie eine Stenose vorhanden war. LEFFERTS.

98) **Bouchut. Bougirung des Larynx bei Verengerungen dieses Organs. (Tubage du larynx dans les rétrécissements de cet organe.)** *Paris méd. 5. Febr. 1887.*

Es handelt sich um einen Prioritätsanspruch gegenüber dem Artikel von Schrötter über diesen Gegenstand. E. J. MOURE.

99) **Störk** (Wien). **Die Tubage des Larynx.** *Wiener med. Presse. No. 12. 1887.*

Nach der Methode von O'Dwyer, welche eigentlich schon von Bouchut angewendet wurde, führt St. eine circa 3 Ctm. lange Röhre von 1 Ctm. Durchmesser mit oberem breiterem Rande in den Kehlkopf ein. Er bedient sich dazu einer gekrümmten Kornzange mit einem gegliederten Conductor, an dessen Ende ein siebförmig durchlöcherter Obturator sitzt. Die Einführung gelang immer leicht und konnte die Röhre durch Stunden im Kehlkopfe belassen werden. Bei Frauen wendet er noch dünnere Röhren an. Die Entfernung der Röhre geschieht mittelst eines daran befestigten Fadens. Bei 2 Fällen von Posticuslähmung wurde sie gut ertragen. CHIARI.

100) **X. Bougirung des Larynx. (Tubage du larynx.)** *Paris méd. 8. Januar 1887.*

Es ist eine Analyse der These von Malfilatre über die Behandlung der Laryngostenosen. E. J. MOURE.

101) **Navratil** (Pest). **Demonstration eines operativ geheilten Falles von Kehlkopfstenose.** Vortrag in der Gesellschaft der Aerzte in Budapest am 21. Mai 1887. *Pester med. chir. Presse. No. 22. 1887.*

Nähere Angaben fehlen. CHIARI.

102) **Landgraf** (Berlin). **Ueber Catheterismus der grossen Luftwege.** Aus der Klinik von Prof. Gerhardt. *Berliner klin. Wochenschrift. No. 6. S. 85. 1887.*

Nach einer historischen Einleitung über Einspritzungen in die Trachea, in welcher Verf. besonders die Arbeiten von Green, Gerhardt und Reichert anführt, beschreibt derselbe einen Krankheitsfall von Stenose des linken Bronchus, der bei der Section sich als von einem Aneurysma der Aorta descend. abhängig auswies, während man im Leben diese Möglichkeit wohl erwogen, und dafür gewisse Bewegungsanomalien der Stimmbänder angeführt, aber anderer Symptome wegen eine syphilitische Strictur für wahrscheinlicher gehalten hatte. Gegen diese richtete sich neben entsprechender Allgemeinbehandlung auch der Versuch, die Stenose mechanisch zu erweitern, der anscheinend gelang. L. führte nach Cocainpinselung (20 pCt.) des Kehlkopfs und Einspritzung einer 10proc. Cocainlösung in die Trachea unten offene englische Katheter von allmälig stärker werdender Nummer durch den Larynx in die Trachea ein. Es gelang leicht dieselben bis zur Bifurcation, dagegen erst später sie auch in den linken Bronchus einzuführen (32 bis 36 Ctm. hinter die Schneidezähne). Die Erstickungsanfälle, an welchen der Kranke gelitten hatte, blieben darauf einen Monat lang aus. Dann trat wieder ein solcher mit tödtlichem Ausgang ein. Verf. würde in Zukunft sich schwer entschliesen, bei Verdacht auf Aneurysma, die Luftwege zu katheterisiren, hat sich aber von der Ausführbarkeit der Methode vollkommen überzeugt. Will man in den linken Bronchus, so führt man den Katheter an der linken Seite der Trachea entlang. B. FRAENKEL.

103) **Moolchand** (Amritsar, India). **Larynxfistel. (Laryngeal fistula.)** *Indian Med. Gazette. October 1886.*

Es handelt sich um eine 56jährige Hindufrau, welche an einer 7 Jahre bestehenden Larynxfistel, die sie sich bei einem Selbstmordversuch mit einem Federmesser zugezogen hatte, operirt worden war. Die Fistel sass in dem unteren Theil des Kehlkopfs und hatte ca. 1,5 Ctm. im Quadrat. Die Ränder waren verdickt, eiterten und waren mit der benachbarten Haut verwachsen. Die Haut und die Gewebe am Rande der Fistel wurden ca. 3 Ctm. weit rings um die Oeffnung losgelöst, nach vorwärts gebracht, mit Silberdraht genäht und verbunden. Vier Tage später war die Wunde per primam geheilt bis auf eine kleine Partie des unteren Theils. Patientin konnte nach der Operation gut sprechen.

A. E. GARROD.

104) **Robert Abbe. Bemerkungen über den operativen Verschluss einer grossen Kehlkopffistel. (Notes on the operative closure of a large laryngeal fistula.)** *Philadelphia Med. News. 15. Januar 1887.*

Die Schwierigkeiten, welche in dieser Art von Fällen oft zu überwinden sind, werden es rechtfertigen, wenn etwas ausführlicher über die Details der plastischen Operation zum Verschluss der Fistel berichtet wird. Der Patient, ursprünglich durch einen Messerstich durch den linken Flügel des Schildknorpels verwundet, war so mannigfachen erfolglosen Operationen unterworfen worden, dass die Oeffnung schliesslich gross genug war, um die Spitze des Daumens einzulassen. Die Ränder waren vernarbt, und die Induration erstreckte sich bis $1\,{}^1/_2$ Ctm. von der

Oeffnung. Durch dieses grosse Loch konnte man in ausserordentlich schöner Weise die Function der Stimmbänder sehen. Die vorderen Enden waren innerhalb des unteren Randes der Fistel an der Medianseite befestigt und in der Ruhe fielen die Stimmbänder flach auf jeder Seite nieder und verloren sich in der Schleimhaut. Bei Phonationsversuchen kamen sie zu Gesicht und schwangen in einem Winkel von 30° zur horizontalen Linie, später fielen sie nahezu in die Horizontale zurück.

Operation: Präliminäre Tracheotomie. Die Ränder der Fistel wurden gehörig aufgefrischt. Zwischen zwei Incisionen wurde ein breiter elliptischer Raum geschaffen, welcher etwas weiter als die Fistel war und sich am Halse des Patienten schräg abwärts erstreckte. Ein Theil der eingeschlossenen Haut unterhalb der Fistel wurde losgelöst, um einen Lappen am oberen Rande zu bilden, welcher, wenn er nach oben gewandt wurde, das Loch mehr als bedeckte. Die Epidermis wurde von dem Theil der Fläche, welcher nicht zum Bedecken des Lochs gebraucht wurde, abpräparirt und der Rest des elliptischen Raums zur Aufnahme des übergeschlagenen Lappens angefrischt. Letzterer wurde über der Fistel mit zwei Reihen feiner fortlaufender Catgutnähte befestigt; die eine Reihe am Rande der Oeffnung heftete die Fläche des Lappens an den Umkreis der entblössten Haut, während die zweite Reihe den Aussenrand des Lappens an die aussenliegenden Gewebe befestigte. Die Haut an beiden Seiten des Halses wurde dann unterminirt und über den oben erwähnten Lappen geschlagen, so dass sie gerade über dessen Mitte zu liegen kam. Seitlich wurde in der Entfernung von ca. 5 Ctm. eine Incision gemacht, welche nöthig war, um die Spannung zu beseitigen und ein Drainrohr einzulegen. Diese ingeniöse Operation wurde von vollständigem Erfolge gekrönt.

LEFFERTS.

105) **Schech. Beitrag zur Lehre von der Syphilis der Lunge, der Trachea und der Bronchien.** *Internationale klin. Rundschau. No. 5. 1887.*

Anschliessend an seine frühere Veröffentlichung im 31. Band des Arch. f. klin. Medicin theilt Verf. einen dritten, diesmal durch die Section bestätigten Fall von Tracheal-Bronchial-Syphilis mit. Es fanden sich im Leben in der Trachea zwei leistenförmige Tumoren, die infiltrirten Ränder einer sehr ausgebreiteten sich bis an die kleinsten Bronchien beider oberer Lungenlappen erstreckenden Ulceration mit gleichzeitiger Necrose der Trachealknorpel; die Bronchien der mittleren und unteren Lappen waren frei, ebenso der Larynx. Beide Lungenspitzen infiltrirt, in der Pleura eingezogene Schwarten, das Lungengewebe im Zustande der interstitiellen schrumpfenden Pneumonie, theils Verdickung des interlobulären und interalveolären Bindegewebes, theils ulcerirte Cavernen, theils bronchiectatische Höhlen enthaltend. Die übrigen Theile der Lunge völlig frei, nirgend Tuberkel. Verf. zieht daraus den Schluss, dass, wie vielfach geleugnet wurde, auch die Syphilis zu Zerstörung des Lungengewebes führen könne, resp. dass es in der That eine syphilitische Phthise gäbe.

AUTOREFERAT.

106) **Williams Freeman** (Hampshire). **Syphilitische Infiltration der Trachea und der Lunge. (Syphilitic infiltration of trachea and lung.)** *Brit. Med. Journ. 2. April 1887.*

Es wurde der South-East-Hampshire Medical Society ein Präparat von einem 13jährigen Mädchen vorgezeigt, deren Anamnese hereditäre Syphilis ergab. Als

die Patientin ins Krankenhaus aufgenommen wurde, bestand schwere Dyspnoe. Die Wände der Trachea waren nahezu gleichmässig verdickt und ihr Lumen auf einen Federkiel verkleinert. Die Wände des rechten Bronchus und dessen Verzweigungen waren ähnlich verdickt, so dass die rechte Lunge fast solide erschien. Die Pleura war fest und adhärent. In der linken befand sich ein altes verkalktes Gumma. Der Larynx und die anderen Organe waren gesund. A. E. GARROD.

107) **Langlet. Polyp der Trachea. (Polype de la trachée.)** *Soc. méd. de Reims in an. méd. et scient. du Nord-Est. No. 2. 15. Februar 1887.*

L. demonstrirt die Trachea eines Kranken, in welcher ein Polyp sass. Das Laryngoskop, fügt er hinzu, hätte keinen Nutzen gehabt, und die Aussichten auf Heilung wären keineswegs durch die Operation gebessert worden.

Ist das wohl die Ansicht aller derjenigen, welche gewohnt sind, den Kehlkopfspiegel zu benutzen? Wir erlauben uns, daran zu zweifeln. E. J. MOURE.

108) **Cossart** und **Ehrard** (Assistenten von Langlet in Reims). **Polyp der unteren Partie der Trachea. (Polype de la partie inférieure de la trachée.)** *Soc. méd. de Reims. 27. Oct. 1886. — Union méd. du Nord-Est. 15. April 1887.*

Der Polyp, welcher während des Lebens des Patienten nicht gesehen werden konnte, sass in der Trachea, 3 Ctm. oberhalb der Bifurcation. Er hatte die Grösse einer Haselnuss und war gestielt. [Vermuthlich identisch mit dem vorstehenden Falle. Red.]

Die Verfasser machen die Bemerkung, dass die Tracheotomie den Kranken nicht hätte retten können. E. J. MOURE.

109) **E. C. Norton. Bruch der Trachea. (Fractured trachea.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 17. März 1887.*

Emphysem verhinderte die Feststellung der Localisation der Verletzung. Wahrscheinlich war der obere, oder zwei Ringe zugleich an den Seiten gebrochen.

Kalte Einwicklung des Halses und Ruhigstellung des Kopfes bewirkten Heilung. LEFFERTS.

110) **William Freeman** (Hampshire). **Communication zwischen Trachea und Oesophagus durch den Druck einer Silbercanüle. (Communication between trachea and oesophagus from pressure of a silver tracheotomy-tube.)** *British Med. Journal. 2. April 1887.*

Die Tracheotomie war bei einem $2^1/_2$jährigen Kind wegen Verbrühung des Kehlkopfs gemacht worden. Die Perforation erfolgte am 8. Tage nach der Operation. Es wurde hierauf eine Gummicanüle eingeführt. Sechs Wochen später trat der Tod ein. Es fand sich ein senkrechter Schlitz von der Grösse eines Hemdenknopflochs, durch welchen sich die gesunde Schleimhaut von der Trachea in den Oesophagus fortsetzte. Die Lage dieses Schlitzes entsprach dem Punkte, welcher von dem Ende der Silbercanüle getroffen wurde. A. E. GARROD.

111) **W. M. Logan. Intrapulmonäre und bacillentödtende Medication nebst einer Reihe von Sprayapparaten für broncho-tracheale und subglottische Behandlung. (Intra-pulmonic and bacillicide medicator with set of spray apparatus for broncho-tracheal and subglottic medication.)** *Cincin. Med. News. N. S. XV. p. 721. 1886.*

Das Journal ist nicht zu erlangen. LEFFERTS.

112) **Max Schäffer** (Bremen). **Die locale Behandlung der Erkrankungen der Trachea und Bronchien.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 4. 1887.*

Sch. übte schon vor Reichert die Methode, Erkrankungen der Trachea und Bronchien local und direct zu behandeln, war aber erstaunt, auf der Berliner Naturforscherversammlung so viele Gegner dieser Methode zu finden. Namentlich fürchtete man sich vor dem nach der Application flüssiger oder pulverförmiger Substanzen entstehenden hochgradigen Spasmus glottidis. Diesen glaubt Sch. nun durch Faradisation aussen am Halse verhindern resp. sofort beseitigen zu können. Der Reiz flüssiger Arzneimittel sei grösser als der pulverförmiger. Geeignet erscheinen für die Methode acute und chronische Laryngitis, alle Formen der Tracheitis und Bronchitis, die Grippe, die Tracheitis sicca, die Tuberçulose, Granulationsgeschwüre, die Laryngitis hämorrhagica, syphilitische Ulcera. Verf. empfiehlt die Methode zur weiteren Prüfung. SCHECH.

f. Schilddrüse.

113) **G. N. Durdufi** (Moskau). **Zur Pathogenese des Morbus Basedowii.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 21. S. 448. 1887.*

Auch nach einseitiger Durchschneidung einer Stelle des verlängerten Marks am unteren Rande des Tuberculum acusticum bekam D. Protrusion des Auges und Pupillenerweiterung der entsprechenden Seite. Bei doppelseitiger Durchschneidung der betreffenden Stelle konnte er die Experimente Filehne's bestätigen und die Trias der Symptome des Morbus Basedowii beim Kaninchen erzeugen.
B. FRAENKEL.

114) **G. E. Wherry** (Cambridge). **Bemerkung über Stellwag's Symptom. (Note on Stellwag's symptom.)** *Lancet. 9. April 1887.*

W. stellte der Cambridge Medical Society eine verheirathete, 32jährige Frau mit deutlicher Retraction des linken oberen Augenlids vor (Stellwag's Symptom). Es bestand weder Exophthalmus noch Kropf, sondern etwas Carotispulsation und Palpitation, kein Herzgeräusch. Sie erröthete und schwitzte ganz normal, litt jedoch an Dyspepsie und Schlaflosigkeit. An den Augen war sonst nichts Abnormes. Das Augenlid war seit etwa einem Jahr afficirt. H. hielt es für wahrscheinlich, dass es sich um Morbus Basedowii handle. Der Fall sei von besonderem Interesse mit Rücksicht auf Graefe's Ansicht, dass beschleunigte Herzthätigkeit ohne Hypertrophie oder Klappenfehler zusammen mit mangelhafter Bewegung des Augenlids bisweilen die einzig wahrnehmbaren Symptome dieser Krankheit seien. A. E. GARROD.

115) **W. D. Moore. Basedow'sche Krankheit mit Verlust eines Auges in Folge von Blossliegen desselben. (Exophthalmic goitre with loss of an eye from exposure.)** *Eastern Med. Journal. Worcester. VII. p. 27. 1887.*

Der Punkt, welcher von besonderem Interesse ist, findet sich im Titel angegeben. LEFFERTS.

116) **W. B. Hadden** (London). **Ein Fall von Basedow'scher Krankheit, mit dem constanten Strom behandelt. (A case of exophthalmic goitre treated by the continuous current.)** *Lancet. 5. Februar 1887.*

Bericht über einen Fall, der mit sehr günstigem Erfolge durch Galvanismus behandelt wurde. Der negative Pol wurde auf das Genick, der positive auf die Schilddrüse und ferner auf die Augäpfel gesetzt, wobei die Augenlider geschlossen wurden. Jede Sitzung dauerte nicht länger als 10 Minuten. Innerhalb eines Monats zeigte sich deutliche Besserung, und in 6 Monaten war der Patient ganz ganz geheilt. A. E. GARROD.

117) **Stella B. Nichols. Basedow'sche Krankheit nebst Bericht über einen Fall. (Exophthalmic goitre with report of a case.)** *Journ. Am. Med. Ass. 16. April 1887.*

Ein gut geschriebener Artikel, welcher jedoch nichts Neues enthält. LEFFERTS.

118) **G. Durduß** (Moskau). **Zur Lehre von der Basedow'schen Krankheit. (Po powodu utschenia o basedowoi bolesni.)** Dissertation. Moskau. 1887. [Identisch mit 113? Red.]

Nach einer genauen Zusammenstellung, besonders der neueren Literatur, stellt sich Verf. als Aufgabe dieser Arbeit die Beantwortung der Fragen, wovon die 3 Cardinalsymptome der Basedow'schen Krankheit (Exophthalmus, Struma und Tachycardia) abhängen und wo die Localisation dieser Krankheit zu suchen sei.

Auf die Versuche des Verf.'s mit Durchschneidung und Reizung des Halssympathicus, Einspritzungen von Cocain in die Blutbahn nach Durchschneidung des Corpus restiforme etc., können wir hier nicht eingehen und wollen nur ein Resumé der Resultate geben.

Der Exophthalmus der Basedow'schen Krankheit entsteht durch krankhafte Contractionen der glatten Muskelfasern der Orbita, die von Müller und Sappey beschrieben sind, und zwar entsteht diese Contraction durch Reizung der motorischen Fasern des Sympathicus. Die anatomisch-pathologische Grundlage dieser Reizung ist im Centralnervensystem zu suchen (vielleicht in der Medulla), denn sonst könnte man den Exophthalmus ohne Erweiterung der Pupillen nicht erklären. Bei höheren Graden von Exophthalmus können noch Stauungserscheinungen im retrobulbären Raume mitwirken, die ihrerseits auf einen vermehrten intracraniellen Druck zurückzuführen sind.

Die Entstehung der Struma lässt sich bis jetzt nicht mit Bestimmtheit erklären, aber wahrscheinlich ist die Ursache in einer Gefässerweiterung, in Folge einer reflectorischen Erregung der gefässerweiternden Nerven zu suchen. Verf. stimmt Hopfgarten bei, der die Struma als eine Angioneurosis betrachtet.

Die Tachycardia bei der Basedow'schen Krankheit entsteht nach Verf. durch die reflectorische Erregung der herzbeschleunigenden Fasern.

Alle 3 Cardinalsymptome lassen sich auf die Reizung der betreffenden Cerebrospinalcentren zurückführen, von denen die Nervenfasern des Musc. orbicularis Mülleri, die herzbeschleunigenden Fasern und die vasomotorischen Nervenfasern der Schilddrüse entspringen. Die Centren dieser Organe können neben-

einander liegen und die Erregungen derselben auf reflectorischem Wege oder durch ein chemisch wirkendes Agens erklärt werden.

Es muss übrigens hervorgehoben werden, dass Verf. selbst zugiebt, er bewege sich mit seinen Schlussfolgerungen auf dem Gebiete der Theorie. LUNIN.

119) Ch. Audry. **Angina pectoris, Basedow'sche Krankheit, Hysterie bei einem Mann. (Angine poitrine, goitre exophthalmique, hysterie chez un homme.)** *Gaz. méd. de l'Algérie. 15. April 1887.*

Nichts Neues, einfaches Resumé eines Factums. E. J. MOURE.

120) Landouzy. **Basedow'sche Krankheit. (Goitre exophthalmique.)** *Gaz. des hôpitaux. No. 3. 6. Januar 1887.*

L. führt den Ursprung des Leidens auf psychische Störungen zurück, auf welche er in einer klinischen Vorlesung über diesen Gegenstand besonderen Nachdruck legt. E. J. MOURE.

121) William Dyson (Sheffield). **Beginnende Graves'sche Krankheit. (Incipient Graves's disease.)** *Brit. Med. Journal. 18. Januar 1887.*

D. stellte der Sheffield Medico-chirurgical Society einen 36jährigen Mann vor, welcher an Tremor und beginnender Basedow'scher Krankheit litt. Der Tremor war allgemein und wahrscheinlich durch Abusus spirituosorum bedingt. Zuerst erschienen die Symptome am Herzen, hierauf leichter Exophthalmos und Zurückbleiben des oberen Augenlids. Der Puls war 150.

Es bestand ferner leichter Strabismus convergens internus und Erweiterung der linken Pupille. Kein Mittel brachte Besserung. A. E. GARROD.

122) Simeon Snell (Sheffield). **Einige klinische Erscheinungen der Basedow'schen Krankheit. (Some clinical features of Graves' disease.)** *Brit. Medical Journal. 15. Januar 1887.*

In einer vor der Sheffield Medico-Chirurgical Society verlesenen Abhandlung theilt S. die Resultate seiner Beobachtungen dieser Krankheit mit. Er erzählt den Fall einer jungen Frau, in dem die Augensymptome zuerst auftraten, ebenso den einer 45jährigen Frau mit Graefe's und Stellwag's Symptom auf dem rechten Auge, und Schilddrüsenschwellung, welche die Patientin bisher nicht bemerkt hatte.

Es werden ferner zwei Fälle von einseitigen Augenerscheinungen, und zwei Beispiele von Eiterung beider Corneae erwähnt.

Endlich werden auch Fälle berichtet, wo die Lidsymptome ohne Exophthalmus und ohne irgend ein Zeichen von Struma vorhanden waren. A. E. GARROD.

123) Clifford Allbutt (Leeds). **Die letzten Tage eines Falles von Basedow'scher Krankheit. (Last days of a case of Graves' disease.)** *Lancet. 16. April 1887.*

A. wurde zu einer Patientin gerufen, die fast im Sterben lag. Die Herzaction war beschleunigt, aber es bestand kein Geräusch wie sonst in Fällen Basedow'scher Krankheit.

Anschwellung der Schilddrüse war vorhanden; der früher vorhandene Exophthalmus war in den letzten zwei Jahren geschwunden. A. E. GARROD.

g. Oesophagus.

124) **Pagliano** (Marseille). **Vollständiger Verschluss des Oesophagus. (Oblitération complète de l'oesophage.)** *Marseille méd. No. 2. 28. Februar 1887.*

Der Canal war vollständig von einem krebsigen Tumor verschlossen, dessen histologische Untersuchung noch nicht vorgenommen worden war. E. J. MOURE.

125) **T. S. K. Morton. Carcinom des unteren Drittels des Oesophagus. Metastasen im Magen und in der Leber. (Cancer of the lower third of oesophagus. Metastasis to stomach and liver.)** *Semi-monthly Journal. Proceedings Path. Soc. of Philadelphia Wilmington. 1. l. 1886.*

Die wichtigsten Punkte von Interesse sind in dem Titel bezeichnet.

LEFFERTS.

126) **W. Lublinski** (Berlin). **Demonstration eines seltenen Falles von Oesophaguskrebs.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 23. S. 420. 1887.*

Wallnussgrosser Zottenkrebs, der von der hinteren Larynxwand ausgehend den linken Sinus pyriformis und den Raum zwischen der hinteren Oesophagus- und hinteren Larynxwand ausfüllt, bei einer 65jährigen Frau. B. FRAENKEL.

127) **H. C. Dalton. Strictur des Oesophagus durch einen Scirrhus, Metastasen, Pyopericarditis. Tod. Obduction. (Stricture of oesophagus from scirrhus cancer, secondary deposits, pyopericarditis. Death. Autopsy.)** *Weekly Med. Review. XV. p. 37. St. Louis. 1887.*

Die Natur des Falles und sein Ausgang ergeben sich aus dem Titel.

LEFFERTS.

128) **J. W. Roosevelt. Maligne Strictur des Oesophagus mit Contraction des Magens. (Malignant stricture of the oesophagus with contraction of the stomach.)** *New-York Med. Record. 12. März 1887.*

Bei der Autopsie fand man, dass der Oesophagus nahezu in seiner ganzen Länge zu dem Umfang einer Viertelchampagnerflasche erweitert war. Die Strictur bestand aus einem Ring von Knötchen um die Cardia, und der Magen war weniger als 18 Ctm. lang und 6 Ctm. im Durchmesser. Metastasen fanden sich in demselben nicht. LEFFERTS.

129) **Flinn** (Dublin). **Strictur des Oesophagus. (Stricture of the oesophagus.)** *Dublin Journal of Med. Science. Februar 1887.*

Der pathologischen Section der Irish Academie of Medecine wurden der Oesophagus und der Magen von einem Falle von maligner Strictur gezeigt.

M'BRIDE.

130) **A. M. Phedran. Ein Fall von Gastrotomie wegen maligner Strictur des Oesophagus. (Gastrotomy for malignant stricture of the oesophagus; case.)** *Canada Lancet. Februar 1887.*

Patient, 41 Jahre alt, lebte 6 Monate und 18 Tage nach der Operation. Die Details der einzelnen Stadien der Operation finden sich in dem Artikel. Das Verfahren war das allgemein adoptirte. LEFFERTS.

131) **Augier. Krebs des Oesophagus und suppurative Pericarditis. (Cancer de l'oesophage et pericardite suppurée.)** *Soc. des sciences méd. in Journal des sc. méd. de Lille. 25. Februar 1887.*

A. glaubt, dass es sich vielmehr um einen Tumor der Mediastinaldrüsen gehandelt habe, welcher zur Pleuritis und Ulceration des Oesophagus geführt habe, wie dies sich auch bei der Autopsie ergab. Der Kranke hatte sich immer leicht ernährt.

E. J. MOURE.

132) **J. D. Wynne** (Sheffield). **Maligner Tumor des Oesophagus. (Malignant tumour of oesophagus.)** *Brit. Med. Journal. 30. April 1887.*

Nichts Neues.

A. E. GARROD.

133) **A. Minin** (Petersburg). **Ein Fall von Gastrostomie. (Slutschai gostrostomii.)** *Chirurg westnie. No. 1. 1887.*

Gastrostomie bei einer 57 Jahre alten Frau wegen Carcinoma cardiae. Pat. lebte nach der Operation 11 Monate.

LUNIN.

II. Kritiken und Besprechungen.

Die laryngologische Section des IX. internationalen medicinischen Congresses. Washington. 5. bis 10. September 1887.

[Wir verdanken den folgenden Bericht Herrn Collegen W. Freudenthal (New-York), der auch die Güte gehabt hat, uns über den Verlauf des Congresses, den Besuch der laryngologischen Section etc. eingehende Mittheilungen zu machen.

Unsere Leser werden sich aus dem Bericht ein Urtheil darüber bilden können, in wie weit die Section nach Zahl und Bedeutung der Theilnehmer, nach Wichtigkeit der verhandelten Themata, nach Originalität und Beweiskraft der in den Vorträgen und Discussionen aufgestellten Ansichten und Behauptungen die internationale Laryngologie des Jahres 1887 vertreten hat.

Was den Besuch der laryngologischen Section anbelangt, so haben sich, nach einer uns übersandten Mitgliederliste im Ganzen 102 Herren eingeschrieben. Durchschnittlich waren die Sitzungen der Section, wie Herr Freudenthal uns mittheilt, von 20—25 Herren besucht. Von europäischen Laryngologen waren nur die Herren Lennox Browne (London) und Baratoux (Paris) — letzterer nur einmal — anwesend. Ausserdem finden sich in der Präsenzliste die Namen dreier englischer und eines deutschen Collegen, die kaum als Laryngologen zu bezeichnen sein dürften. Vorstehendes war die europäische Vertretung. — Was Amerika anbetrifft, so waren, der Präsenzliste zufolge, von den 50 Mitgliedern der „American Laryngological Association" 11, nämlich die Herren J. Solis Cohen, Wm. H. Daly, W. F. Duncan, Fletcher Ingals, J. N. Mackenzie, Clinton Mc Sherry, E. C. Morgan, Wm. Porter, D. N. Rankin, J. O. Roe und E. L. Shurly gegenwärtig. Wie man sieht, entspricht diese Zahl ganz genau dem im Leitartikel der Februarnummer dieses

Jahrganges (Centralbl. III. p. 276) aufgestellten Voranschlage. — Von sonstigen, literarisch bekannten, amerikanischen Laryngologen nennen wir die Herren Curtis, Thorner, Thrasher, Klingensmith, v. Klein, Casselberry, Stucky, Waxham, O'Dwyer, Cutter. (Viele Namen sind absolut unleserlich.) —

Von den im Circular des Sectionsvorstandes (vgl. Centralblatt, IV. p. 33) in Aussicht gestellten neunzehn Vorträgen europäischer Laryngologen finden sich im officiellen Programm des Congresses 14. Von diesen 14 scheint indessen nur einer (der des Herrn Lennox Browne) vom Verfasser selbst gehalten, zwei (die der Herren Massei und C. Jones) in Abwesenheit der Verfasser verlesen worden zu sein. Die übrigen 19 Vorträge, welche die Section beschäftigten, stammten von amerikanischen Verfassern.

Die Herren Krause und Chiari wurden trotz ihrer im Centralblatt gegebenen, ausdrücklichen Erklärungen, in absentia zu Secretairen ernannt.

Die Section sandte einen telegraphischen Glückwunsch an Sir Morell Mackenzie gelegentlich seiner Erhebung in den Ritterstand und erhielt eine dankende Antwort. Red.]

Der Präsident, Dr. Wm. H. Daly (Pittsburg, Pa.) eröffnet am

Montag, den 5. Sept. 1887, 3 Uhr Nachmittags

die Sitzung.

In seiner Begrüssungsrede erinnert er an die freundliche Aufnahme in Kopenhagen und hofft, dass die Sitzungen von demselben Erfolge gekrönt sein werden, wie vor 3 Jahren. Ebenso ist er erfreut über die verhältnissmässig grosse Anzahl der Ausländer sowohl wie der Amerikaner, und gratulirt der Versammlung, als der zweiten, welche auf einem internationalen Congresse als unabhängige laryngologische Section tagt. Es sei dies ein Zeichen für die Wichtigkeit und die wachsende Bedeutung dieser Specialität für die allgemeine Medicin.

Er hebt die Bedeutung der Rhinologie hervor, wobei er kurz der Entwickelung des Heufiebers seit 1876 gedenkt und erinnert an die von ihm schon früher gemachte Aeusserung, „dass der Laryngologe der Zukunft mehr Rhinologe sein muss und der Rhinologe mehr Chirurg als interner Arzt.“ Zum Schlusse ehrt er in seiner schwungvollen Rede das Andenken der zum grössten Theile sehr früh dahingeschiedenen, um unsere Specialität hoch verdienten Männer, wie Elsberg, Krishaber, Foulis, Bruns, Waldenburg, Burow, Böcker und Hack.

I. Den ersten Vortrag hielt Dr. R. H. Thomas (Baltimore): Ein Beitrag zur Aetiologie und Therapie des sog. Heufiebers, Nasen-Asthmas und verwandter Affectionen vom klinischem Standpunkte aus betrachtet.

Zur Aetiologie hebt Redner 5 Punkte hervor.

1. Das allgemeine Nervensystem ist in einer grossen Anzahl der Fälle betheiligt, jedoch sind wir nicht im Stande, eine Erklärung für die gen. Erscheinungen zu geben.

2. Die Theorie, dass das Heufieber durch einen Zustand des Nervensystems hervorgebracht wird, welcher analog dem der Epilepsie ist, ist noch nicht hinreichend erwiesen.

3. Der Zustand in der Nase ist gewöhnlich ein solcher, wie man ihn bei Verstopfungen durch Polypen, Hypertrophien, Verbiegung des Septums etc. findet. Man darf aber nicht annehmen, dass diese Veränderungen für sich allein einen Anfall auszulösen vermögen, wie Bosworth glaubt. Ja es kann nicht einmal zugegeben werden, dass Verstopfung der Nase immer eine Complication des Heufiebers ist. Redner hat ebenso wie Morell Mackenzie Fälle gesehen, wo man weiter nichts als eine Hyperämie in den oberen Luftwegen finden konnte.

4. Es giebt gewisse sensible Gebiete in den oberen Luftwegen, welche Reflexerscheinungen hervorrufen, wenn sie durch einen Polypen oder dergleichen gedrückt werden. Um die Ausbreitung dieses Gebietes zu eruiren, stellte der Redner zweierlei Untersuchungen an. Zunächst untersuchte er Personen, die mit Reflexerscheinungen behaftet waren und fand — er untersuchte natürlich während der freien Intervalle — dass fast alle Theile in der Nase, mit Ausnahme des Vestibulum, als solche Felder angesehen werden können, wiewohl die mittleren und hinteren Theile, sowie das ganze Septum häufiger befallen werden. Bei Gesunden, d. h. nicht mit Reflexerscheinungen behafteten Personen konnte er durch Sondirung nichts Anderes auslösen, als Thränenträufeln oder leichtes Niesen.

5. glaubt Redner eine Affection in den Nervencentren oder -endigungen annehmen zu müssen, welche erst dann pathologische Erscheinungen auslösen, wenn irgend eine excitirende Ursache auf sie einwirkt. Als solche Ursachen erwähnt er:

a) die Pollen, Staub, verschiedene Gerüche u. s. w.;
b) psychische Einflüsse (der Fall von J. N. Mackenzie). Redner selbst, wiewohl er nicht an Heufieber leidet, bekömmt einen ganz ähnlichen Anfall, 1/2 Stunde nach Behandlung solcher Patienten. Seine Anfälle schwinden schnell.
c) Meteorologische Einflüsse;
d) Krankhafte Veränderungen in den oberen Luftwegen;
e) Reflexerscheinungen von entfernten Körpertheilen.

Therapie: 1. Entfernung aller Reizursachen (interne Therapie). 2. Die Entfernung des Patienten von dem Orte (externe Therapie).

Unter den inneren Mitteln, die er auch gegen die nervösen Erscheinungen giebt, seien hervorgehoben: Eisen mit Chinin, Arsen mit Acid. hydrobrom. etc. Bei der localen Behandlung kommt es vor Allem darauf an, dass alle sensiblen Felder beseitigt werden, da nicht früher eine Heilung eintreten könne.

II. Dr. J. P. Klingensmith (Blairsville, Pa.) verlas einen Vortrag über Heu-Asthma, in welchem jedoch nichts Neues vorgebracht wurde.

In der sich anschliessenden Discussion bemerkt Lennox Browne (London), dass seit Dr. Daly's Arbeit über diesen Gegenstand vor 6 Jahren nichts wesentlich Neues geschaffen sei. Dr. J. N. Mackenzie berichtet den oben erwähnten Fall; eine Dame, bei der er durch den Anblick einer künstlichen Rose Rosencatarrh auslösen konnte (Vgl. Centralblatt III. p. 86.).

Dr. J. Solis-Cohen (Philadelphia). Es gebe zu viel Specialisten, die nicht genug von allgemeiner Praxis verstünden. Man habe die ganze Constitution zu behandeln, man brauche dazu nicht 1—2 Monate, sondern eine ganze Saison.

Dr. Ridge (Camden, N. J.). Er selbst habe an Heufieber gelitten, und ganze Generationen zurück sei diese Krankheit in seiner Familie erblich. Cocain mit Boraxlösung hätten ihm, ebenso wie ein heisses Bad oder die Concentration seiner Gedanken auf einen bestimmten Punkt hin sehr schnelle Erleichterung gegeben.

Auf die Frage von Solis-Cohen, ob er sich je seine Nase habe untersuchen lassen, erfolgt die Antwort: Nein! Dr. Stockton (Chicago) theilt die Ursachen ein in 1. constitutionelle, welche häufig in grosser, nervöser Erregbarkeit bestehen, 2. locale (Erkrankungen der oberen Luftwege) und 3. äussere Reize, welche bei verschiedenen Personen verschieden sind.

III. Dr. D. N. Kankin (Alleghany, Pa.): Zur Geschichte der Rhinologie. Redner lässt sich zunächst über die Wichtigkeit des Geruchsorganes aus, über die Schärfe desselben bei Thieren und wilden Völkerstämmen. Schon die alten Egypter hätten Rhinologie getrieben, aber mit welchem Erfolge, weiss man nicht. Die wissenschaftliche Rhinologie hätte aber erst mit Czermak angefangen. Gleichen Schritt mit Erfindung von Instrumenten hätte die Therapie genommen. Es folgt dann neben längst bekannten Geschichten eine Schilderung der Rhinologie in Amerika, wobei Redner nicht unterlassen kann, die Verdienste der American Rhinological Association besonders hervorzuheben (? Ref.).

IV. Dr. Fletcher Ingals (Chicago): Epistaxis. Redner eröffnete die Discussion über diesen Gegenstand nicht in der Absicht, etwas Neues zu bringen, sondern um womöglich dadurch etwas Neues zu erfahren. Er verwendet local Cocain mit irgend einem Adstringens (besonders Tannin). Daneben giebt er Ergotin, Acidum gallicum u. s. w. und verwirft nachdrücklichst den Gebrauch von Liquor Ferri sesquichlor. Geeigneten Falles braucht er die vordere und hintere Tamponade. In der Discussion werden empfohlen Watte-Tampons mit Alaun imprägnirt, ausserdem Eis auf die Nase und bei Herzfehlern Digitalis.

Zweiter Tag.

V. Mr. Lennox Browne (London): Neuere Anschauungen in Bezug auf Pathologie und Therapie der Tuberculose des Pharynx und Larynx. Der tuberculöse Process wird eingeleitet durch die Ablagerung eines specifischen Bacillus sei es in der Lungenspitze, welche ungenügend mit Blut und Luft versorgt ist, oder an irgend einer anderen Stelle, welche acut entzündet sein mag. So gelangt er durch das Lymphgefässsystem oder durch die Sputa in den übrigen Körper. Im Larynx manifestirt sich der tuberculöse Process wie in den Lungen, entweder als das Resultat einer Anämie — in diesem Falle werden die seitlichen und oberen Theile des Larynx betroffen — oder in Folge einer Entzündung, die häufig durch Missbrauch der Stimme hervorgerufen ist. In diesem Falle werden die Stimmbänder zuerst ergriffen. Redner macht hierbei darauf aufmerksam, dass bei tuberculösen Individuen sehr oft Erosionen nicht tuberculöser Natur vorkommen, und dass diese leicht heilen können.

Dass Larynxphthise sehr häufig primär ist, ist lange bekannt und wurde durch neuere Untersuchungen bestätigt. Dass aber auch im Pharynx die Phthise primär auftreten kann, davon hat sich Redner wiederholt überzeugt. Er

erwähnt folgenden Fall: Mutter von 3 Kindern erkrankte an Ulcerationen der linken Tonsille — dieselben können, wie Redner bemerkt, ohne alle Symptome verlaufen, während die Ulcerationen an anderen Theilen des Schlundes meist sehr schmerzhaft sind — Bacillen wurden daselbst gefunden, während die Untersuchung des Larynx und der Lungen ein vollständig negatives Resultat ergab. Der Process heilte unter Milchsäure-Behandlung.

Zur Therapie übergehend, betont Redner als das Wichtigste, die allgemeine Behandlung. See- und Gebirgsluft. Innerlich giebt er Calcium hypophosph., wie es in Fellow's Syrup enthalten ist, Arsen, welches er fast ebenso wirksam gegen Tuberculose hält, wie Quecksilber gegen Lues u. a. Von localen Antisepticis wendet er die Galvanokaustik für die Zunge und die Tonsillen an, während für den Pharynx die von Krause eingeführte Milchsäure, über die sich Redner sehr günstig ausspricht, und für den Larynx das Menthol (A. Rosenberg) angewendet werden. Auch das letztere Mittel hat dem Redner gute Resultate ergeben. Jodoform und Jodol scheinen ihm im Lichte der neueren Forschung als Antiseptica unwirksam zu sein. Die Bergeon'sche Methode ist noch zu neu, um darüber ein Urtheil zu fällen. Zur Linderung von länger dauernden Schmerzen wird empfohlen Morphium mit Belladonna. Cocain ist nur von kurzer Wirkung. In Bezug auf chirurgische Massnahmen warnt er davor, zu viel zu thun, So entfernt er Neugebilde nur, wenn sie die Respiration behindern, Die Tracheotomie, die theoretisch sehr werthvoll erscheint, hat sich in der Praxis nicht bewährt. Ebenso verwirft er die Katheterisation des Larynx wegen der Irritation, die dadurch erzeugt wird und weil der Durchmesser der Tube zu klein ist (?Ref.).

Exstirpation des Larynx ist vollständig verworfen. Redner schliesst seinen, mit lebhaftem Beifalle aufgenommenen Vortrag mit der Bemerkung, dass wirkliche Curen, die jetzt noch sehr selten sind, mit jedem Jahre häufiger werden mögen.

Dr. Sinclair Coghill (Ventnor, England). Die Hauptsache bei der Behandlung wäre, den Schmerz zu erleichtern und die Nahrungsaufnahme zu ermöglichen. Er sei lange zweifelhaft gewesen, ob es eine primäre Larynxphthise gebe, bis er sich durch einen eigenen Fall davon überzeugt hätte. Er behandelte einen jungen Mann wegen acuter Tuberculose. Einige Monate nach dem Tode desselben klagte dessen Schwester, die bis dahin stets gesund gewesen war, über Schmerzen im Halse. Er fand auf der Epiglottis tuberculöse Ulcerationen mit zahlreichen Bacillen. Die Lungen waren absolut frei. Dabei waren Nachtschweisse, Temperaturerhöhungen etc. vorhanden. Auf Einblasungen von Jodoform mit Morphium besserte sich der Zustand. Die Bergeon'sche Behandlung hat er einmal angewendet und ein vorzügliches Resultat erhalten.

Dr. J. Solis Cohen hebt hervor, dass der Bergeon'schen Methode keine antibacilläre Wirkung zuzusprechen sei. Sie wirke nur dadurch, dass sie das ganze System hebe. Er empfiehlt sehr warm das Jodoform. So erinnert er sich eines Falles, bei dem er vor vielen Jahren eine schlechte Prognosis gestellt hatte; Patient bekam Jodoform und lebt noch heute. Neben Jodoform wendet er auch Acidum lacticum, Atropin und Morphium an, während er die Tracheotomie verwirft.

Dr. Fletcher Ingals verwirft die Bergeon'sche Behandlung als zu schmerzhaft. Er empfiehlt Morphium, Acidum carbolicum und Glycerin mit Tanin und Wasser, welche ausgezeichnet wirken.

Dr. Coomes empfiehlt Jodoform und als schmerzlinderndes Mittel Whiskey mit Wasser.

Nach Dr. F. Mc Geagh (London) ist Jodoform, Acidum boric. und Kalium jodat. zu empfehlen.

Dr. Stockton (Chicago) hat keine Resultate von dem Auskratzen der Ulcera gesehen, er wendet vielmehr Acidum lact. in 10—90proc. Lösung an.

Dr. J. N. Mackenzie zweifelt daran, dass der Bacillus, den wir kennen, die Tuberculose wirklich erzeuge. Er meint, dass die Phthisis nicht eingeathmet werden könne, sonst müssten wir die Bacillen viel häufiger in der Nase finden. Er bevorzugt Jodoform, Sublimat (1:2000) und daneben allgemeine Behandlung.

Mr. Lennox Browne schliesst die Discussion, indem er hervorhebt, dass die Frage des Bacillus eine sehr prekäre sei, so z. B. behauptet Koch, dass der Bacillus der Tuberculose und des Lupus identisch wären, während Kaposi das leugnet. Redner stimmt mit Casselberry überein, dass man die Fälle für Behandlung mit Milchsäure aussuchen müsse.

Nachmittags-Sitzung.

(Vorsitzender Mr. Lennox Browne.)

VI. Dr. Wm. Porter (St. Louis, Mo.). Wiederkehrende Hämorrhagien der oberen Luftwege. Redner berichtet mehrere Fälle von Blutungen aus den oberen Luftwegen, wobei er aber die Epistaxis ausschliesst. Er giebt kurz die Ursachen und Behandlung der Hämorrhagie an.

Dr. Stockton (Chicago) berichtet folgenden Fall: Eine Schauspielerin hustete alle paar Minuten Blut aus. In den Lungen konnte er nichts finden. Der Larynx war congestionirt und mit Blut bedeckt. Als er letzteres wegwischte, entdeckte er ein blutendes Gefäss. Er cauterisirte es und nach 4 Wochen konnte die Patientin wieder singen.

Mr. Lennox Browne sah einen Fall, bei dem solche Blutungen 2 Mal mit der Menstruation zusammentrafen. Fast alle Fälle, die er sah, betrafen syphilitische oder phthisische Individuen. Varix des Halses kommt besonders bei Säufern vor.

VII. Dr. W. E. Casselberry (Chicago): Behandlung der Larynx-Papillome. Redner wendet die Zange bei kleinen Geschwülsten an, während er für grössere die Curette gebraucht oder cauterisirt. Er demonstrirt die Electrode von Sajous und einen Handgriff, bei dem die Drähte in der Mitte befestigt sind anstatt am Ende.

J. Solis Cohen wendet die Schlinge und den Schwamm an.

Vor fast leeren Bänken und bei grosser Unaufmerksamkeit der wenigen Anwesenden wurden sodann die 3 folgenden Vorträge verlesen.

VIII. Dr. E. L. Shurly (Detroit, Mich.). Die Differential-Diagnose zwischen beginnender Tuberculose, syphilitischer und rheumatischer Laryngitis. Nichts Neues.

IX. Dr. E. Fletcher Ingals (Chicago): Ueber Laryngitis rheumatica. Die Krankheit kommt selten vor und befällt meistens Personen, die rheumatisch behaftet sind, oft aber sind die Erscheinungen im Larynx die einzigen, welche auf eine constitutionelle Krankheit hindeuten. Der Schmerz ist nicht constant, sondern wechselt häufig mit dem Wetter. Die Krankheit ist oft erblich. Heiserkeit oder Aphonie, gewöhnlich nicht sehr stark ausgesprochen, Ermattung beim Sprechen. Die Affection kann leicht mit Neuralgie des Larynx verwechselt werden, jedoch schützt davor die Anamnese. Die Laryngitis rheumatica ist gewöhnlich chronisch.

Therapie: Tinct. Jodi, Fomentationen, in chronischen Fällen Stimulantien und Adstringentien local. Zuweilen scheint die galvanokaustische Touchirung der hyperämischen Oberflächen Erleichterung gebracht zu haben. Innerlich wurden Jodkali, Natr. salicyl., Guajac., Colchicum mit grösserem oder geringerem Erfolge versucht. Oleum Gaultheriae, 3 Mal täglich 15 Tr., hat oft sehr gute Dienste gethan. Redner berichtet zum Schlusse einige Fälle, wo Hyperämie oder leichte Parese die einzig wahrnehmbaren Veränderungen im Larynx waren.

X. Dr. A. B. Thrasher (Cincinnati, O.): Resorcin zur Behandlung des Nasencatarrhs. Redner empfiehlt, die Nase mit einer Borax- oder Dobell-schen Lösung zu reinigen und dann jeden Tag mit einer 2—10proc. Lösung von Resorcin mit Vaselin oder Ol. oliv. auszuspritzen. Es soll die Hypertrophien in 2—6 Wochen heilen.

Dritter Tag.

Die programmmässig um 3 Uhr festgesetzte Sitzung wurde ohne Wissen der meisten Theilnehmer allein auf Beschluss der Herren Secretäre bereits um 11 Uhr Morgens abgehalten. Da nicht einmal die officiellen Vertreter der Presse davon benachrichtigt waren, so ist Referent ausser Stande, Näheres über diese Sitzung zu berichten. Es sollen folgende Vorträge in Abwesenheit der Verfasser zur Verlesung gekommen sein:

X. Dr. H. H. Curtis (New-York): Chirurgie des Nasenseptums und der Muscheln.

XI. Dr. F. Massei (Neapel): Das primäre Erysipel des Larynx. — Dr. F. Semeleder (Mexico): 20 Jahre laryngologischer Thätigkeit in der Stadt Mexico.

XII. Dr. F. B. Eaton (Portland, Ore.): Der gegenwärtige Stand der Galvanocaustik in der Behandlung der Krankheiten der oberen Luftwege, erläutert durch Instrumente und Beschreibung von Fällen.

Vierter Tag.

XIII. A. G. Hobbs (Atlanta, Ga.): Nervöse Erscheinungen bei einem Falle von Verletzung des vorderen Theils der Wirbelsäule durch syphilitische Ulcerationen des oberen Pharynx-Abschnittes.

Geschichte eines Falles. Junger Mann, der weder hereditär noch sonst wie luetisch inficirt sein soll und niemals Symptome von Lues gezeigt hat, bekommt plötzlich starke Schmerzen im Halse, wobei er auch sehr stark abmagert.

Die Untersuchung ergab ein schmutzig graues Geschwür an der oberen hinteren Pharynxwand, von der Grösse etwa einer Mark, in dessen Tiefe man necrotische Knochenstücke fühlen konnte. Trotz sofort eingeleiteter antiluetischer Behandlung stellten sich bald nervöse Erscheinungen ein: Schmerzen im Hinterkopfe und Nacken und Schlaflosigkeit. Eines Tages, als Redner die ulcerirte Fläche mit Argent. nitr. berührte, fiel Patient, „als wenn er erschossen wäre“, vom Stuhle und war sofort paralytisch. Am Tage darauf touchirte Redner die andere Seite und sofort wurde auch diese paralytisch. Beide Male dauerte der Anfall nur kurze Zeit. Mit der Heilung des Geschwürs traten zunächst ganz entgegengesetzte Erscheinungen, nämlich choreatische Muskelzuckungen ein, aber auch diese liessen nach und Patient wurde gebessert entlassen. Redner glaubt, dass wahrscheinlich die Columna anterior bei der Berührung mit Arg. nitr. durch ein abgerissenes Knochenstück gedrückt wurde und obige Erscheinungen hervorgerufen habe.

XIV. W. E. Casselberry (Chicago): Nasenfibrome. Trotzdem Redner weder im internationalen Centralblatt für Laryngologie etc., noch unter den von Hopmann und Schmiegelow berichteten 265 Fällen einen Fall von primärem Nasenfibrom gefunden hat, so glaubt er doch, dass diese nicht so selten sind, wie man allgemein annimmt. Nach genauer Beschreibung aller Symptome etc. etc. stellt er 8 Fälle aus der Literatur zusammen, wovon einer aus seiner eigenen Praxis stammt. Er betraf eine 40jähr. Frau R., welche vor 10 Jahren wegen eines Myxoms operirt war. Nach 5 Jahren verspürte sie wieder eine Verstopfung in der Nase und liess sich 1 Jahr später abermals operiren, doch ohne Erfolg. Nach vielen Irrfahrten consultirte sie den Redner. Er operirte mit Flemming's Ecraseur, indem er anstatt des Platindrahtes einen Stahldraht nahm. Er entfernte so 3—4 kleine Stückchen in einer Sitzung, indem er zuweilen Einschnitte in das Gewebe machte, um die Schlinge hineinführen zu können, ohne dass Blutungen, die früher sehr stark waren, eingetreten wären. Nach 6 Monaten hatte er bei wöchentlich einmaliger Sitzung alles Neugebilde entfernt. 3 Monate später bemerkte er ein kleines Recidiv, welches er gleichfalls entfernte. Die Patientin befindet sich jetzt, nach 14 Monaten, ganz wohl. In der Discussion berichtet

Coomes einen Fall von Fibromyxom. Ein Arbeiter, der eine starke Epistaxis durchgemacht hatte, kam zu ihm mit einem Tumor, der aus der Nase hervorragte, zu einer Zeit, wo man weder Cocain noch Galvanocaustik anwendete. Redner versuchte mit einer Schlinge zu operiren, worauf sehr starke Blutung eintrat und der Patient davonlief. Dann versuchte er es, als Patient wegen starker Blutungen wiederkam, mit der Zange und fand schliesslich, dass der Ursprung des Tumors an der hinteren unteren Muschel war. Derselbe war so hart und fest, dass er ihn kaum abtrennen konnte.

Dr. Fletcher Ingals glaubt, dass Blutungen in diesen Fällen sehr häufig sind und dass die Schmerzen, trotz Cocain, nicht unbedeutend wären. Die Tumoren seien meistens gemischten Charakters.

XV. Dr. John O. Roe (Rochester): Chorea Laryngis. Die Arbeit besteht hauptsächlich in der Beschreibung einiger Fälle, von denen wir folgende citiren wollen:

1. 17jähriges, etwas schwächliches Mädchen, das stets gesund gewesen war, leidet seit Kurzem an bellendem, merkwürdig rauhem Husten, der so laut ist, dass man ihn $^1/_4$ englische Meile weit hören kann. In der Nacht cessirt er. Der Larynx zeigt weiter nichts als Congestion.

2. 13jähriges, starkes Mädchen mit ähnlichen Symptomen seit 2 Monaten. Die Aryknorpel und aryepiglottischen Falten sind hyperämisch.

3. 17jähriger Knabe, bei dem hereditäre Neurose vorhanden ist, mit ganz ähnlichen Symptomen.

4. 16jähriges Mädchen erkältete sich vor 3 Monaten und bekam gleich darauf diesen merkwürdigen Husten, der alle 3 Minuten wiederkehrte. In den Intervallen hustete sie zuweilen ganz natürlich. Während der Paroxysmen sah man eine Schwellung am Nacken auftreten, die jedes Mal mit dem Nachlassen des Hustens verschwand. Adstringentien nebst Brom und äusserlich Galvanismus brachten diese Affection stets zur Heilung.

An der Discussion betheiligten sich Thorner, Stern, Lennox Browne und Fletcher Ingals.

XVI. Dr. M. F. Coomes (Louisville, Ky.): Die schädlichen Wirkungen des Tabaks auf Schlund und Nase. Redner berichtet über Entzündungen im Larynx und Pharynx, die beim Kauen vorkommen, viel mehr Schaden richte aber das Rauchen an, besonders, wenn die Patienten den Rauch herunterschlucken. Er habe dabei Hämorrhagien und Hypertrophien der Schleimhäute gesehen. Das Rauchen ist deshalb schädlicher, weil 1. mehr Tabak verbraucht wird und 2. weil er warm eingeathmet wird und so die Kaliumsalze mehr verbrannt werden. Redner glaubt, dass bei 95 pCt. aller Raucher Nase und Larynx krankhaft seien.

Dr. Stockton findet nicht, dass die Raucher mehr leiden als die Kauer, und wenn Vorredner das Kalium für so schädlich hält, weshalb wird dann noch so oft das Kali chloric. empfohlen?

Coomes erklärt, dass er das Kali chloric. längst über Bord geworfen hätte und die Verbrennung der Kalisalze nur eine Hypothese von ihm sei.

XVII. Dr. Max J. Stern (Philadelphia): Intubation oder Tracheotomie. In einer sehr fleissigen Arbeit, in der Redner die Geschichte der Tracheotomie von ihren Anfängen bis auf die Gegenwart schildert, bringt er zugleich eine kurze Geschichte der Intubation und stellt die Resultate beider Operationsmethoden gegen einander. Er zieht daraus folgende Schlüsse:

1. Wenn die Vorbedingungen für beide Methoden gleich sind, ist die Intubation zu empfehlen bei Kindern unter $3^1/_2$ Jahren. 2. Bei Kindern von $3^1/_2$ bis 5 Jahren würde er unter Umständen tracheotomiren. 3. Bei Kindern über fünf Jahren tracheotomirt er in jedem Falle. 4. Bei Erwachsenen ist die Intubation zu empfehlen. 5. Bei armen Leuten würde er, unabhängig vom Alter, stets intubiren. Er giebt als Grund hierfür an, dass arme Leute sich keine geübten Wärter oder eine sorgfältige Nachbehandlung gestatten können, zwei Factoren, die für die Tracheotomie von der grössten Bedeutung sind. 6. Intubation ist in jedem Falle zu verwerfen, wo Membranmassen in der Trachea vermuthet werden. 7. Intubation ist überall da anzuwenden, wo keine geübte Assistenz zu erlangen ist.

Dr. Dennison (Denoar, Col.) glaubt, dass man gerade bei älteren Kindern tracheotomiren müsse, weil sie stark genug dazu sind. Er demonstrirt einen von ihm modificirten Mundsperrer.

Dr. Waxham (Chicago) hat bereits in einer anderen Section des Congresses über 1007 Intubationen berichtet und hat bei Kindern unter 3 Jahren 19 pCt. Heilungen und darüber fast 34 pCt. erhalten, ja bei Kindern zwischen 5—6 Jahren hat er fast 46 pCt. Genesungen zusammengestellt und er glaubt deshalb, dass gerade Kinder über 4 Jahren eher fähig wären, nach der Intubation zu genesen. Auch die Verstopfung durch Membranen hält er für keinen Grund gegen die Intubation. Er entfernt dieselben mittelst einer Zange. Er weist noch besonders auf die Ernährung hin, welche vom Arzte streng überwacht werden müsse.

Dr. Casselberry empfiehlt, den Finger bis zu den Arytaenoidknorpeln herunterzudrücken und unter dessen Leitung die Tube einzuführen.

Fünfter Tag.

(Vormittags-Sitzung.)

Es wird zunächst beschlossen, den Präsidenten und die Secretaire dieser Session zu ermächtigen, nach eigener Wahl die nicht verlesenen Vorträge dem Drucke zu übergeben. Darauf wurde in Abwesenheit des Verf.'s ein Vortrag von

XVIII. Dr. C. Jones (London): Ueber die Wirkung der Epiglottis beim Schlucken verlesen. Die Hauptaction der Epiglottis besteht darin, sich seitlich zusammenzuschliessen, indem sie sich von der Seite her zusammenfaltet und nur an der Spitze eine kleine Oeffnung übrig lässt.

Fletcher Ingals glaubt, wiewohl es Leute giebt, die ohne Epiglottis schlucken, dass die Millionen, die damit schlucken, es nicht unnöthiger Weise machen.

XIX. Dr. Wm. Porter spricht sodann über einige Fälle aus seiner Praxis und über eine neue Behandlung des cystischen Kropfes, welche darin besteht, dass er ein mit Jod getränktes Stück Catgut in die Cyste einstösst und es so lange liegen lässt, bis Entzündung entsteht.

Fletcher Ingals injicirt 4—5 Tr. reiner Carbolsäure, nachdem er etwas Flüssigkeit herausgezogen hat und wiederholt dies etwa jede Woche einmal mit sehr guten Erfolgen.

XX. Dr. Allen (New-York) zeigt eine neue Schlinge für die Nase resp. Larynx, deren Vorzug in der äusserst leichten Befestigung und Zurückschiebbarkeit des Drahtes besteht.

Nachmittags-Sitzung.

XXI. Dr. C. M. Desvernine (Havana, Cuba): Kritische und experimentelle Studien über die Spannung der Stimmbänder. Nach einer ausgezeichneten Uebersicht über die gegenwärtige Anschauung, die wir leider des Raumes wegen nicht bringen können, beschreibt Redner seine Experimente, die feststellen sollen, in welcher Weise die Stimmbänder beeinflusst werden durch die verschiedene Stellung des Ring- und Schildknorpels bei bestimmten Stellungen

des Larynx, und unter welchen Umständen die grösste Spannung erzielt wird. 1. Fixirte er den Schildknorpel, wie er im Cadaver steht und näherte den Ringknorpel; 2. fixirte er den Ringknorpel und machte die verschiedensten Rotationsversuche. Es stellte sich dabei heraus, dass der M. crico-thyreoideus der directe Strecker des Stimmbandes ist, wenn er in die günstige Position kommt, den Schildknorpel zu retrahiren, und dass er zweitens bei der transversalen Spannung des Stimmbandes thätig ist. Seine Betheiligung an der Weite der Stimmbänder steht in directer Beziehung zu seiner Fähigkeit, den Ringknorpel emporzuheben bei grösserer oder geringerer Depression des Larynx.

XXII. Dr. O'Dwyer (New-York): Behandlung der chronischen Stenose des Larynx und der Trachea vermittelst Intubation. Er erwähnt 5 Fälle (3 von ihm selbst und 2 von anderen). die auf diese Weise behandelt wurden. Wir heben nur Fall 1 hervor: 40jährige Frau, welche vor 12 Jahren Syphilis acquirirte, zeigt jetzt im Larynx ein narbiges Band, welches von der ganzen Hälfte des linken Stimmbandes zum rechten hinüber geht und so nur einen schmalen Raum zum Athmen übrig lässt. Tracheotomie war empfohlen worden. Das erste Mal konnte Redner nur eine kleine Kinder-Tube einführen. Er that dies innerhalb 18 Tagen 9 Mal, wobei die Tube im Ganzen 173 Stunden im Larynx belassen wurde. Die Frau kehrte gesund nach Hause zurück, kam aber nach $12^{1}/_{2}$ Monaten mit einem Recidiv wieder. Dieselbe Behandlung, nur dass er immer grössere Intervalle eintreten liess. Jetzt wiederholt er es nur alle 4 bis 5 Wochen und lässt die Tube 2 bis 3 Tage innen liegen. Er lehrte die Patientin die Tube selbst einzuführen, doch war sie zu ängstlich dazu. Er verwendet vulcanisirte Tuben, da die metallenen leicht Ulcerationen hervorrufen. Nahrung wurde immer leicht genommen. Redner würde nicht anstehen. im Falle die Einführung grosse Schmerzen verursachen sollte, gleich zu narcotisiren und eine grosse Tube einzubringen.

Auf die Behandlung der Stricturen der Trachea wurde er durch folgenden Fall hingeleitet: Eine 60jährige Frau hatte einen Tumor, der so tief sass, dass man ihn nicht mehr erreichen konnte und man wollte gerade die Tube einlegen, als Patientin nach Hause reiste und dort starb. Redner empfiehlt für solche Fälle cylindrische Tuben und glaubt, dass ein Patient sein Leben lang solche Tuben tragen könne, die eventuell durch die offen gelegte Trachea eingeführt werden müssten.

Zum Schlusse seines höchst interessanten Vortrages demonstrirt Redner ein Larynx-Speculum, welches die Epiglottis hoch und den Larynx offen halten soll; besonders bei der Entfernung von subglottischen Geschwülsten zu empfehlen.

Zum Schlusse wurde ein Dankesvotum für den Präsidenten Dr. Daly angenommen und die Sitzung vertagt. W. FREUDENTHAL (New-York).

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang IV. Berlin, December. 1887. No. 6.

I. Referate.

a. Allgemeines und Therapeutisches.

1) **B. Fränkel** (Berlin). **Eröffnungsrede in der Königlichen Universitäts-Poliklinik für Hals- und Nasenkranke.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 23. S. 503. 1887.*

Akademische Antrittsrede über die Bedeutung der Rhino-Laryngologie und deren Aufgaben. AUTOREFERAT.

2) **E. J. Moure. Die Bedeutung der Laryngologie und ihre wichtigste Verwendung. (Importance de la laryngologie et ses principales applications.)** Vorlesung, aufgezeichnet von Notier. *Journal de méd. de Bordeaux. 15. Mai 1887.*

Ref. bezeichnet die verschiedenen Affectionen, für deren Diagnose das Laryngoscop nützlich oder selbst unerlässlich ist. E. J. MOURE.

3) **Wm. Porter. Bericht über den Fortschritt in den Krankheiten des Halses und der Brust: Auszüge. (Report on the progress in diseases of the throat and chest: abstracted articles.)** *Weekly Med. Review. 19. März 1887.*

Der Bericht ist, wie gewöhnlich, von gleichmässiger Vorzüglichkeit.

LEFFERTS.

4) **Joal** (Mont-Dore). **Bericht über Rhinologie und Laryngologie. (Revue de rhinologie et laryngologie.)** *Bulletin génér. de thérap. 30. März 1887.*

Eine Reihe von bereits besprochenen Artikeln. E. J. MOURE.

5) **Thompson und Castle. Fortschritte in der Laryngologie. (Progress in laryngology.)** *Nashville Journal of Med. and Surgery. März 1887.*

Diese Arbeit enthält die Fortsetzung einer Reihe von gut gewählten und klar zusammengefassten Auszügen aus der neueren einheimischen, wie fremdländischen Originalliteratur. Sie behandelt ausführlich die Bougirung des Larynx als eine interessante Tagesfrage. LEFFERTS.

6) **Thos. M. Rumbold. Erkältungen bei chronischen catarrhalischen Entzündungen der Nase, des Halses und der Ohren. (Colds in chronic catarrhal inflammations of the nose, throat and ears.)** *Columbus Med. Journal. Januar 1887.*

Der Autor erzählt uns über den Verlauf und die Wirkungen der Erkältungen und über die Art und Weise, wie chronische Catarrhe veranlasst werden. Hierauf

geht er zur Klasse solcher Erkältungen über, wie sie durch Zug, Nachtluft und kleine Acte von Begehungen und Unterlassungen entstehen und schliesst mit besonderen Rathschlägen, betreffend die Erkältungen in Eisenbahnwagen. Sowohl der Stil des Artikels wie die Quantität und Qualität der Rathschläge stimmen mit den oft eigenthümlichen literarischen und ärztlichen Ansichten des Verf.'s überein.

LEFFERTS.

7) **Andrew H. Smith. Wirksamkeit der medicinischen Behandlung der Krankheiten der oberen Luftwege. (Efficiency of medical treatment of the diseases of the upper air-passages.)** *New-York Medical Record. 30. April 1887.*

Smith sagt, dass bei Vielen Zweifel entstanden sind, ob wir nicht in gewissem Grade im Irrthum sind, wenn wir annehmen, dass die Mittel, welche wir gewöhnlich in solchen Fällen anwenden, die localen Processe wirklich günstig beeinflussen.

Seinerseits hegt er solche Zweifel nicht hinsichtlich der acuten und subacuten Affectionen. Hyperämie, das Resultat der Hyperästhesie, wird, nach seiner Erfahrung, von dem localen Gebrauch von Anodynis günstig beeinflusst, besonders von schwachen Carbollösungen. Hyperämie mit geringer oder gar keiner Hyperästhesie bedarf Adstringentien. Eine träge Capillarcirculation wird durch stimulirende Applicationen gebessert, und milde Escharotica sind werthvoll für die Heilung von Erosionen und Geschwüren.

Der Werth der Desinficientien, Anodyna und Anaesthetica bei phthisischen Geschwüren und malignen Tumoren braucht kaum betont zu werden.

Wenn jedoch die Wirksamkeit der Localbehandlung bei alten chronischen Fällen und besonders bei den gewöhnlich chronische Catarrhe genannten Fällen in Frage kommt, so gesteht er, dass er darüber starke Zweifel hegt.

Unter den günstigsten Verhältnissen ist Alles, was wir zur Beförderung der Lösung einer Entzündung thun können, die regenerativen Kräfte der Natur zu unterstützen. Es ist bis jetzt kein Mittel entdeckt worden, noch wird es entdeckt werden, welches durch eigene Kraft im Stande ist, das in die Gewebe ergossene Fibrin aufzulösen, dilatirte Gefässe zur Norm zu contrahiren, oder hypertrophisches Drüsengewebe zu seinem natürlichen Umfang zurückzubringen. Das sind vitale Functionen, und wenn sie überhaupt beeinflusst werden durch therapeutische Mittel, so geschieht es nur in der Weise, dass sie durch dieselben modificirt, nicht aber ersetzt werden.

LEFFERTS.

8) **Wm. C. Jarvis. Oertliche Behandlung der Leiden der oberen Luftwege. (Topical applications to the upper air-passages.)** *New-York Medical Record. 30. April 1887.*

Der Autor erklärt, dass in erster Linie aller zur Behandlung der Affectionen der oberen Luftwege angewandten Mittel der durch comprimirte Luft erzeugte Spray steht; doch meint er, dass wir, insofern die grosse Mehrheit der catarrhalischen Processe in den Nasenhöhlen durch Nasenverschluss und deren natürliche Folgen, gestörte Respiration und Störungen der Nasendrainage bedingt sind, uns nur auf chirurgische Eingriffe verlassen dürfen, welche die Wiederherstellung der Nasenrespiration und der normalen Drainage bezwecken.

Was die Anwendung der Chromsäure zur Beseitigung der Nasenmuschelhypertrophien betrifft, so hat er verschiedene Formen von mehr oder weniger Unheil gesehen, wo dieses Mittel angewendet worden war, von der einfachen traumatischen Rhinitis an bis zur ausgedehnten Entzündung der postnasalen Gebilde und dem Oedem des weichen Gaumens. Er kann nicht begreifen, wie man Tage lang mit der Anwendung dieses Causticum fortfahren kann, um eine kleine Hypertrophie der Nasenmuscheln zu beseitigen, während es möglich ist, das geschwellte Gewebe mit einer feinen Nadel zu fixiren und in wenigen Minuten mit dem Schlingenecraseur zu entfernen, ohne jede unbequeme Nachwirkung. Mit noch mehr Recht gilt dies vom Galvanocauter. LEFFERTS.

9) **F. H. Bosworth. Der praktische Werth unserer gegenwärtigen Methoden zur Behandlung der Leiden der oberen Luftwege. (The practical value of our present methods of treating the upper air-passages.)** *New-York Med: Record. 30. April 1887.*

In dieser Arbeit behauptet B., dass in der ganzen Geschichte der Laryngologie kein Fall von sogenannter chronischer Laryngitis jemals durch locale Applicationen, mögen diese mittelst Pinsel, Schwamm oder Spray ausgeübt werden, geheilt worden sei [? Red.]. Die schwereren Larynxaffectionen, wie Tumoren, Syphilis, Krebs, Tuberculose, Paralyse etc. behauptet natürlich Niemand, durch topische Mittel geheilt zu haben.

Was den unteren Theil des Pharynx betrifft, so meint er, dass dieser keineswegs zum Luftcanal gehöre, sondern nur einen Theil des Verdauungsapparates bilde. Er ist mit hartem Pflasterepithel von beschränkter Secretionsfähigkeit bedeckt und betheiligt sich selten, wenn überhaupt, an entzündlichen Processen der Luftwege. Deshalb bringen auch locale Adstringentien, wenn sie angewendet werden, keine Heilung.

Keine locale Application mittelst Pinsel, Schwamm oder Sonde hinter dem Gaumen in das Pharynxgewölbe heilt jemals oder mildert auch nur die Schwere des sogenannten Nasenrachencatarrhs.

Was solche Processe im Pharynxgewölbe, wie Hypertrophie der Pharynxtonsille, acute oder chronische Entzündung, Neubildungen oder andere krankhafte, mit Structurveränderungen verbundene Processe betrifft, so sind locale Mittel von gar keinem anderen, als palliativen Nutzen. Hier sind chirurgische Eingriffe klar indicirt.

Die Krankheit, welche in unserer medicinischen Literatur in so ausgedehnter Weise als Nasencatarrh figurirt, ist keine Hypersecretion, die durch locale Anwendung von Adstringentien geheilt wird. Selbst wenn sie eine Hypersecretion wäre, so ist die ganze Reihe der Adstringentien, welche sich in unserer Pharmacopoe vorfinden, vergeblich angewendet worden. Die Symptome des sogenannten Nasencatarrhs rühren von krankhaften Processen der Schleimhaut her, welche die grosse respiratorische Function der Nasenwege stören, nämlich den Austritt von Serum. Es sind ferner die sogenannten Catarrhe des Pharynx, des Larynx und der Trachea nur reine secundäre Erscheinungen dieses Processes und nicht selbstständige Krankheiten, die nur dann heilbar sind, wenn man den wirklichen Sitz der Krank-

heit in Angriff nimmt, d. h. die Nase. Er erklärte, dass Douchen und Sprays noch niemals Fälle von catarrhalischer Entzündung der Luftwege geheilt haben.

Die Ansichten des Verf.'s hinsichtlich der Behandlung obengenannter Processe lassen sich in einem Wort zusammenfassen: Behandle die Ursache des Nasenverschlusses. Die Schlinge, das Messer, die Säge und das Cauterium sind die dazu geeigneten Mittel.

LEFFERTS.

10) **W. H. Thomson. Therapie der Leiden der oberen Luftwege. (Therapeutics of the upper air-passages.)** *New-York Medical Record. 30. April 1887.*

Nach der Ansicht des Autors sollte die Behandlung der chronischen Krankheiten der oberen Luftwege hauptsächlich von zwei Principien geleitet werden: 1. Soll man Kenntniss nehmen von den Hautnervenverbindungen als Erreger und Unterhalter der Schleimhautentzündungen; 2. Locale Desinfection.

Die Einathmung reizender Luft ist selten die Ursache acuter oder chronischer Entzündungen der Athemwege. Eher können wir behaupten, dass einige ganz locale Erkältungen der Oberfläche zur Coryza, Pharyngitis oder Tracheitis 10 Mal Anlass geben, während eine directe Reizung der Luftwege dies nur ein Mal thut. Während wir nun nicht alle Stufen der Aetiologie dieses bekannten Factums mit Sicherheit bezeichnen können, so giebt es drei Gesetze der Nervengefässverbindung, welche von Bedeutung sind für die Frage, wie interne Congestionen oder Entzündungen durch äussere Einwirkungen entstehen können.

Das erste Gesetz ist dasjenige, wonach paarige Organe, wie Hände, Füsse, Augen und Ohren, so eng in ihren vasomotorischen Beziehungen verbunden sind, dass derselbe Effect, sofern er die Circulation betrifft, auf beide einwirkt, wenn auch nur eins der paarigen Organe betroffen wird.

Das zweite Gesetz lehrt, dass eine so enge Verbindung zwischen den sensiblen Nerven irgend eines Theiles der Haut und den vasomotorischen Nerven der Organe oder der Eingeweide, welche unmittelbar zu dem Theil gehören, besteht, dass dieselben Einwirkungen auf die Hautnerven auch dieselben Effecte auf die Circulation in den inneren Gebilden hervorrufen.

Das dritte Gesetz endlich zeigt, dass gewisse besondere vasomotorische Verbindungen zwischen weit auseinanderliegenden Theilen existiren, welche offenbar sonst keine Beziehungen zu einander haben.

Beispiele für jedes dieser Gesetze finden sich in dem Originalartikel.

Was die Behandlung betrifft, so giebt es nur wenige vasomotorische Tonica, von denen keines sich an Heilwirkung mit der Kälte messen kann. Es ist sehr zweckmässig, Morgens beim Aufstehen kaltes Wasser auf das Genick zu appliciren, doch muss man besonders dafür Sorge tragen, dass das Haar nicht feucht wird. Benetzung des Halses mit einem Schwamm ist ein ausgezeichnetes Verfahren, doch müssen diese Kälteapplicationen lange Zeit fortgesetzt werden. Das Genick und die Schultern sind mit Olivenöl gut abzureiben. Die zweite Indication besteht darin, die Hautoberfläche gegen Entblössung zu schützen.

Das zweite Behandlungsprincip ist die locale Desinfection. In dieser Hinsicht sind die gegenwärtigen Methoden roh und mangelhaft.

Zweifellos gehört eine grosse Zahl der Fälle zu den Missbildungen, die ent-

weder angeboren oder erworben sind. Diese sind chirurgisch zu behandeln. Bei den anderen aber ist es wichtig, die zweckmässigen Mittel zu kennen. Nach seiner Ansicht ist die Carbolsäureklasse nebst allen Theerpräparaten das beste Mittel für eiternde Affectionen. Bei den necrotischen Fällen hingegen sind die Mittel der Chlorgruppe, einschliesslich Brom, Jod und Schwefel indicirt. Insufflationen in den Pharynx durch die Nase mit Wismuth und Calomel sind schon lange im Gebrauch.

LEFFERTS.

11) **J. M. W. Kitchen. Laryngologische Ketzerei. (Laryngological heresy.)** *New-York Medical Record. 14. Mai 1887.*

Die pessimistischen Ansichten, welche von gewissen amerikanischen Laryngologen betreffs der Localbehandlung der oberen Luftwege geäussert werden (vergl. die vier vorstehenden Referate), enthalten nach K. so viel Ketzerei, dass er dagegen protestirt und sich gedrungen fühlt, die Resultate seiner Erfahrung mitzutheilen, welches folgende sind:

1. Dass jeder Arzt, welcher keinen erfolgreichen Gebrauch von der Localbehandlung der Luftwege, von der Nase bis zu den Lungenalveolen macht, entweder in seinen allgemeinen Kenntnissen hinter seiner Zeit zurückgeblieben ist; oder dass es ihm an Geschicklichkeit mangelt, oder dass er nicht seine volle Schuldigkeit seinen Patienten gegenüber thut.

2. Dass, obwohl die Heilung einer chronischen Krankheit in diesen Wegen gewöhnlich von der Beseitigung der Ursachen abhängig ist, dennoch die meisten chronischen Fälle einer Localbehandlung bedürfen, um die Gewebe zu befähigen, ihre gewohnheitsmässige pathologische Action zu überwinden. Denn diese Eigenschaft pflegt gern, selbst nach der Beseitigung der Ursache, fortzubestehen, wenn nicht von aussen her Hülfe kommt. Es können ferner viele chronische Fälle, ohne Entfernung der Ursachen, in einen practisch normalen Zustand durch solche Applicationen versetzt werden und, selbst wenn eine Neigung zu Recidiven besteht, so können sie doch durch zeitweilige Applicationen in einem Normalzustand erhalten werden.

3. Dass, obwohl die Mehrzahl solcher Applicationen, wie sie gewöhnlich gemacht werden, entweder wirkungslos, oder absolut schädlich ist, oder nur palliativ wirkt, dieselben dennoch, wenn sie geschickt gemacht werden, ihren Zweck wunderbar erreichen, und bewirken, was auf keine andere Weise zu erzielen möglich ist.

4. Dass, obwohl die Herstellung der Nasenrespiration durch rein chirurgische Methoden eine glänzende und befriedigende That ist, dennoch die Nasenstenose und der Reiz nicht die einzige Ursache der Erkrankungen des Pharynxgewölbes, des Larynx und der Trachea bilden. Sie sind im Gegentheil von nur geringer ätiologischer Bedeutung im Vergleich zum Clima, der Beschäftigung, der Erkältung, der mangelhaften Ernährung, diätetischen Verstösse und gesundheitswidrigen Gewohnheiten.

5. Die starke Anpreisung der Chromsäure zur Behandlung nasaler Hypertrophien etc. ist zu beklagen.

6. Anstatt eines nutzlosen grossen Armamentariums, bedürfen wir einer grösseren Anwendung desselben.

7. Um sehr gute Resultate durch die Localbehandlung der Luftwege zu erzielen, dazu bedarf es specieller Kenntnisse und Geschicklichkeit, die nur durch Erfahrung Seitens derjenigen gewonnen werden kann, welche eine natürliche Anlage dazu haben. (Hic haeret aqua! Red.) LEFFERTS.

12) O. S. Sanders. **Heilmittel für den Hals. (Remedies for the throat.)** *The Homoeopathic News. St. Louis. Januar, Februar 1887.*

Ein Auszug wird genügen: Der Autor empfiehlt ein „Causticum" gegen morgendlichen Husten und Schleimauswurf, welche combinirt sind mit Unfähigkeit, den Urin während des Hustenparoxysmus zurückzuhalten! LEFFERTS.

13) A. Ruault (Paris). **Bemerkungen über den Gebrauch von Natr. benzoic. bei einigen catarrhalischen oder congestiven Zuständen der ersten Wege. (Note sur l'emploi du benzoate de soude dans quelques affections catarrhales ou congestives des premières voies.)** *Société clinique de Paris in France méd. 1. u. 4. Januar 1887.*

R. verordnet das Mittel in Dosen von 4 und 6 Grm. bei Personen, welche an gewöhnlichem Rheumatismus leiden; es kürzt sichtlich die Dauer des Leidens ab. Ebenso seien die Resultate bei einfacher chronischer Coryza sehr zufriedenstellend. Das einzige Unangenehme ist der süssliche und herbe Geschmack des Mittels, welches leicht Nausea hervorruft. Nach 12—15 Tagen muss man mit dem Gebrauch aufhören. E. J. MOURE.

14) P. Lecomte. **Eine neue Behandlung der Affectionen der Luftwege mit Gasinjectionen. (Nouveau traitement des affections des voies respiratoires par les injections gazeuses.)** *Thèse. Paris. 1886.*

L. nimmt die Theorie und Methode von Bergeon wieder auf, indem er meint, dass nach Anwendung dieser Behandlung bei Tuberculösen die Kranken Appetit und Schlaf wieder finden. Verf. hat nicht blos Kohlensäure und Schwefelwasserstoff, sondern auch Eucalyptus, Jodoform und Terpentinöl angewandt, welches gute Resultate ergeben habe. Die Bacillen existiren fort und die erzielte Besserung hält eine gewisse Zeit an.

Da die erhaltenen Resultate so verschieden sind, lohnt es sich der Mühe, diese in sehr vielen Fällen schwer anwendbare Behandlung mit solchem Eifer zu preisen? E. J. MOURE.

15) **Medicinische Gesellschaft des VI. Arrondissement, Paris.** Sitzung vom 31. Januar 1887. *La France méd. 8. März 1887.*

Bei Gelegenheit einer Discussion über Gasklystiere bemerkt Danchez, dass man bei Darmgeschwüren davon Abstand nehmen müsse.

Bonnefois begreift nicht, dass man Injectionen in's Rectum an Stelle der Inhalationen anwendet, ein viel directeres Mittel. Er frägt ferner, ob man das Gas, welches von der Lungenschleimhaut ausgeathmet wird, untersucht habe.

Despasse hat gute Resultate erhalten.

Croup (Angine couenneuse). Thilbert frägt nach den Resultaten, die man nach Hausbarbenbier bei Behandlung des Croup erhalten habe.

Bonnefois erklärt, dass er in zwei Fällen gute Resultate gehabt habe; es ist nämlich ein kräftiges Vomitiv, welches die Ausstossung der Pseudomembran erleichtert.

Dauchez hat von drei Kranken zwei mit diesem Mittel geheilt.

E. J. MOURE.

16) **Kendal Franks** (Dublin). **Salmiak zur Inhalation bei Krankheiten des Respirationscanals. (On the use of chloride of ammonium as an inhalation in diseases of the respiratory tract.)** *Lancet. 22. Januar 1887.*

F. fand, dass diese Inhalation behufs Abortivbehandlung des acuten Catarrhs im Anfangsstadium zweckmässig ist; sie ist aber von geringem Nutzen, wenn die Krankheit sich ganz entwickelt hat.

Bei chronisch catarrhalischen Zuständen hat er sehr gute Resultate erzielt, besonders beim chronischen Nasencatarrh mit Verstopfung der Tuba Eustachii. Die Dämpfe sollen mit dem Munde inhalirt und durch die Nase exhalirt werden. Sie können in die Tuba Eustachii und das Mittelohr durch die Valsalva'sche Methode eingetrieben werden.

Bei chronischer Laryngitis ist diese Inhalation gleichfalls zweckmässig, ebenso in den frühen Stadien der Kehlkopfschwindsucht, besonders wenn sie mit einem flüchtigen Oel verbunden wird.

Die in die Lungen inhalirten Dämpfe sind auch bei chronischer Tracheitis und Bronchitis von Nutzen.

Fr. bespricht sodann den Apparat, welcher zur Entwickelung der Dämpfe angewendet und die Art und Weise, wie er gehandhabt wird. A. E. GARROD.

17) **Jacobelli. Caustische Inhalationen. (Des inhalations caustiques.)** *Bulletin géner. de thérapeut. 15. und 28. Februar 1887.*

J. empfiehlt Inhalationen flüchtiger Flüssigkeiten und besonders Terpentin und Kalkwasser bei Tuberculösen, um eine Verkalkung der Tuberkel herbeizuführen.

E. J. MOURE.

18) **Beverley Robinson. Ein Handbuch über Inhalatoren, Inhalationen und Inhalationsmittel und ein Führer für deren besonderen Gebrauch in der Behandlung der gewöhnlichen catarrhalischen Krankheiten des Respirationscanals. (A manual on inhalers, inhalations and inhalants and guide to their discriminating use in the treatment of common catarrhal diseases of the respiratory tract.)** G. S. Davis. 72 pp. 12°. Detroit. 1886.

Ein gut geordnetes und zweckmässiges kleines Buch für Diejenigen, welche, wie der Autor, an die Wirksamkeit der Inhalationen in der Behandlung der catarrhalischen Erkrankungen der oberen Luftwege glauben. LEFFERTS.

19) **Geoffroy Gomez. Ein neuer Inhalationsapparat. (Un inhalateur nouveau.)** *Revue d'hydrologie. 10. Februar 1887.*

Der Apparat besteht aus einem Flacon, welcher bestimmt ist, die Inhalationsflüssigkeit aufzunehmen. Die dem Munde der Person angepasste Mündung

ist mit einem Ventil versehen, welches der ein- und ausgeathmeten Luft gestattet, einen verschiedenen Weg zu nehmen. E. J. MOURE.

20) **Augustus Stabler. Rhigolen und Oel als Vehikel für den Spray. (Rhigolene and oil as a vehicle for sprays.)** *Philadelphia Med. News. 16. April 1887.*

Der Autor constatirt, dass eine Mixtur von 8 Grm. Rhigolen mit 24 Grm. Oliven- oder Mandelöl nur den Wasserdruck nöthig hat, um sich in den feinsten und beständigsten Spray zu verwandeln, den er jemals von einem Zerstäuber hat ausgehen sehen. Folgende Mittel sind in dieser Mixtur löslich: Copaivbalsam, Cubebenöl, Campher, Eucalyptol, Jod, Jodoform, Menthol (Krystalle), Naphthol (Krystalle), Phenol (Krystalle), Resorcin, Oleum sassafras, Salol, Terpentinöl, Thymol.

Resorcin ist in Rhigolen unlöslich, löst sich jedoch in Olivenöl zu nahezu 5 pCt. Die Mixtur enthält ca. 3 pCt. in Lösung. Jedes Oel, welches wir versuchten, schien sich in Rhigolen mit Süssöl sogleich zu lösen, so dass wir a priori die ganze Reihe der Oele und Terpentine hierzu rechnen können. Cocain ist in der Mixtur von Rhigolen und Olivenöl unlöslich, bildet jedoch, gleich Tannin, eine vollkommene Lösung, wenn man es erst in Alcohol löst und hierauf mit Castoröl und Rhigolen mischt. LEFFERTS.

b. Nase und Nasenrachenraum.

21) **Maximilian Bresgen** (Frankfurt a. M.). **Kurze Bemerkung über das Anschwellen der Nasenschleimhaut bei Seitenlage.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 17. S. 360. 1887.*

Br. glaubt, dass das Anschwellen der Nasenschleimhaut in der Seitenlage sich nur bei solchen Menschen finde, die an einer chronischen Rhinitis litten. Die Schwere allein könne aber zur Erklärung der Erscheinung nicht ausreichen, da die Abflussgefässe der am tiefsten liegenden Nasenhälfte für den Abfluss des Blutes günstiger lägen und ab und zu gerade die nach oben liegende Nasenhälfte sich verstopfe. Es müssten zur Erklärung nervöse Einflüsse angezogen werden, die Br. jedoch bis jetzt noch nicht näher bezeichnen könne. B. FRAENKEL.

22) **B. Baginsky** (Berlin). **Hochgradige Schwellung der Nasenschleimhaut und der Schwellkörper.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 3. p. 42. 1887.*

Demonstration eines Präparats in der Berl. med. Ges. B. FRAENKEL.

23) **D. B. Frontis. Schnupfen und seine Behandlung. (Coryza and its treatment.)** *New Orleans Med. and Surg. Journal. April 1887.*

Der Autor ist der Ansicht, dass die Coryza wesentlich eine Neurose der vasomotorischen Nerven sei. Er behandelt sie mit einer Combination von Atropin und Chinin im ersten und mit Pulv. Doweri und Chinin im zweiten Stadium. LEFFERTS.

24) **J. A. Stuckey. Bericht über Rhinologie. Behandlung des Nasen- und Nasenrachencatarrhs. (Report in rhinology. The treatment of nasal catarrh and naso-pharyngeal catarrh.)** *Cincinnati med. and dental Journal. 1886.*

Das Journal ist nicht zu erlangen. LEFFERTS.

25) C. S. Strong. **Nasencatarrh und seine Behandlung. (Nasal catarrh and its treatment.)** *Trans. Med. Soc. Wisconsin. p. 174. 1886.*

Die beiden wichtigsten Grundsätze sind: 1. die Theile von reizenden Secreten rein zu erhalten und ihnen die Möglichkeit zu geben, von selbst zu gesunden und 2. dauernd milde locale Mittel anzuwenden. Verf. empfiehlt besonders den Gebrauch milder Mittel. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

26) A. W. Nichols. **Nasencatarrh, sonst auch bezeichnet als Nasenrachencatarrh (sic), postnasaler Catarrh, Nasenrachencatarrh, Hypertrophie der Drüsen des Gaumengewölbes, hypertrophischer Nasencatarrh, Ozaena, Rhinitis etc. (Nasal catarrh, otherwise designated as nasal-pharyngeal (sic) catarrh, post-nasal catarrh, naso-pharyngeal catarrh, glandular hypertrophy of the vault of the pharynx, hypertrophic nasal catarrh, ozaena, rhinitis etc.)** *Cincinnati Med. News. XV. p. 736. 1886.*

Das Journal ist nicht zu erlangen. LEFFERTS.

27) Chas. W. Warren. **Nasencatarrh. (Nasal catarrh.)** *The Pacific Record. San Francisco. 15. December 1886.*

Nichts Neues. LEFFERTS.

28) Amory Chapin. **Cocain bei Coryza. (The use of cocaine in coryza.)** *New-York Med. Record. 15. Januar 1887.*

Nichts Neues, ausser dass C. eine Combination einer 4proc. Cocainlösung mit „Dobells" Lösung empfiehlt. LEFFERTS.

29) Franc Knickerbocker. **Behandlung der acuten Coryza. (The treatment of acute coryza.)** *The American Lancet. Februar 1887.*

Atropin und local ein Pulver aus Morphium und Cocain. LEFFERTS.

30) Faragó (Berlin). **Der Nasencatarrh der Neugeborenen.** Excerpt aus *Gyogyászat. No. 4. 1887. — Pester med. chirurg. Presse. No. 20. 1887.*

Unter starkem Fieber entsteht der Catarrh mit Verstopfung der Nase und Athembeschwerden, ja selbst Erstickungsanfällen, weil die Kinder nicht lange durch den Mund athmen können. Nach 2—3 Tagen hört das Fieber auf und nach einer Woche die ganze Erkrankung. Die Differentialdiagnose gegen Nasensyphilis ist gegeben durch das Fieber und den acuten Verlauf. Die Prognose ist günstig bei kräftigen Kindern. F. empfiehlt $^1/_2$proc. Kochsalzlösung bei viel Schleim, 2proc. Cocainlösung gegen die Schwellung, und bei chronischen Fällen leichte Adstringentien. CHIARI.

31) Coriveaud (Polaye). **Notiz über einen Fall von choreaartigen Krämpfen reflectorischen Ursprungs bei einem einmonatlichen Säugling, welcher an Schnupfen litt. (Note sur un cas de convulsions choréiformes d'origine réflexe chez un nourrisson d'un mois atteint de coryza.)** *Journal de méd. de Bordeaux. 8. Mai 1887.*

C. wiederholt den geschichtlichen Theil, welchen Ref. in einem jüngst in demselben Journal veröffentlichten Artikel mitgetheilt hatte, und berichtet einen Fall zur Stütze dieser Theorie. Das von choreaartigen Krämpfen befallene Kind, welche nichts beruhigen konnte, wurde durch die Application von emolliirenden

Compressen auf die Nasenhöhlen geheilt. Frisches Talg auf den Nasenrücken, Bromlösung. Die Schleimhaut der Nase war geschwollen. Nachdem sie ihre normale Beschaffenheit und Färbung wieder erlangt hatte, schwanden auch die anderen Symptome. E. J. MOURE.

32) Cartaz (Paris). **Ein Fall von Gewerbe(Arsenik)-Rhinitis. (Un cas de rhinite professionelle [arsenicale].)** *France méd. 12. Mai 1887.*

C. beschreibt zuerst mit Hillairot et Delpech und Rollet die verschiedenen Symptome, welche die gewerbliche Rhinitis im Beginn und später, wenn die Ulcerationen erscheinen, charakterisiren. Hierauf berichtet er ausführlich die Beobachtung eines 48jährigen Patienten, der in einer Fabrik von Mittis- und Schweinfurter Grün arbeitete. Seit vier Jahren litt er an ausgedehnten Nasenulcerationen; die Nase war in ihrer äusseren Form verändert, stumpf und nach rechts gebogen. Bei der Untersuchung findet man die gewöhnlichen bräunlichen Krusten; die Scheidewand ist ganz zerstört, der Vomer ist nackt und zum Theil ausgestossen; die linke mittlere Nasenmuschel ist zerstört, die untere durch Ulcerationen zernagt.

C. betont die ungewöhnliche Ausdehnung der Läsionen, welche den Verdacht auf die specifische Coryza erwecken können. E. J. MOURE.

33) J. Morrison Ray. **Intranasale Entzündung** (Rhinitis). **(Intra-nasal inflammation [rhinitis].)** *American Practitioner and News. 5. Februar 1887.*

Der Artikel enthält keine neuen Gesichtspunkte. LEFFERTS.

34) A. de Vilbiss. **Die Behandlung der acuten und chronischen Rhinitis. (The treatment of acute and chronic rhinitis.)** *Cleveland Medical Gazette. April 1887.*

Bei der acuten Rhinitis rühmt Verf. sehr das Vaselin in Form von Spray. Bei der hypertrophischen Form der chronischen Rhinitis wendet er Vaselin an und, nachdem er die Theile gereinigt, Jodol 20,0 oder Borax 10,0 : 30,0 Vaselin; daneben chirurgische Eingriffe, wenn nöthig. Bei der atrophischen Form braucht er Natr. bicarb. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

35) G. W. Major. **Chronischer Nasencatarrh. Seine Natur und Behandlung. (Chronic nasal catarrh. Its nature and treatment.)** *Canada Med. Surg. Journal. Mai 1887.*

Ein gut geschriebene und interessante, vor einem medicinischen Auditorium gehaltene klinische Vorlesung. Der Autor stellt keine neuen Gesichtspunkte auf und bespricht auch keine. Die Schlüsse, zu denen er kommt, hat er aus seiner eigenen Erfahrung geschöpft. LEFFERTS.

36) W. Peyer Porcher. **Chronischer Nasencatarrh und seine Beziehung zur Phthisis, Asthma und verwandten Krankheiten. (Chronic nasal catarrh and its relation to phthisis, asthma and allied affections.)** *North Carolina Medical Journal. Mai 1887.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

37) **Ralph. W. Siess. Thymol zur Behandlung des atrophischen Nasencatarrhs. (Thymol in the treatment of atrophic nasal catarrh.)** *Philadelphia Med. News. 2. April 1887.*

Der Autor wendet folgende vier Normallösungen an:

1. Thymol 0,03, Alcohol., Glycer. aa 2,0, Aq. dest. q. s. ad 30,0.
2. Thymol 0,09, Alcohol., Glycer. aa 2,0, Aq. dest. q. s. ad 30,0.
3. Thymol 0,3, Alcohol., Glycer. aa 15,0 und
4. die doppelte Dosis Thymol von No. 3.

No. 1 und 2 wurden zum Zerstäuben, No. 3 und 4 werden mittelst eines Bausches absorbirender Watte auf einem Watteträger applicirt.

In allen Fällen von atrophischer Rhinitis lässt er ausnahmslos der Thymollösung flüssiges Cosmolin mit einem Zerstäuber nachfolgen und er fand, dass dieses Präparat von grossem Werth zum Schutz der Schleimhaut und zur Verhütung von trockenen Borken war. Die Patienten behaupten oft, dass diese Application ihnen zweifellos grössere Erleichterung verschaffte, als irgend eine andere. Die üblichen tonisirenden und säubernden Massregeln wurden daneben ergriffen, da ohne sie nur eine geringe dauernde Besserung erzielt wird. Bewegung im Freien und systematische „Abhärtung“ werden anempfohlen; innerlich wird Strychnin und Salmiak gewöhnlich gegeben, daneben Alcohol und sorgfältige Diät. Dobell's Lösung und Lösungen von „Listerine“ (Lambert) werden sehr oft verordnet, als reinigende Mittel zum Gebrauch für den Patienten im Hause; zuletzt 2 Mal täglich in einem Zerstäuber, welcher einen dicken, starken Strahl giebt, oder durch ein einfaches Aufziehen durch die Nase. Die Nasendouche hat er ganz aufgegeben, da sie unangenehm und gefährlich ist.

In gewissen Formen der Krankheit werden Lösungen von Tinct. Sanguinariae, Galangae oder Myrrhae, mit Glycerin verdünnt, ferner Lösungen von Arg. nitr. (5 : 30) angewandt.

Er erkennt drei Formen von atrophischer Rhinitis an:

1. In den frühzeitigen Fällen von atrophischer Rhinitis ist das Epithel noch intact, der Ausfluss nicht stark. Für diese Fälle ist charakteristisch die Atrophie der Schwellkörper der Nasenmuscheln mit consecutiver Erweiterung der Nasenhöhlen und eine eigenthümlich glänzende, rothe Farbe der Schleimhaut.

2. Die typischen Fälle, bei welchen die Schleimhaut trocken und glänzend erscheint, die Nasenmuscheln nahezu ganz oder ganz durch Atrophie zu Grunde gegangen sind und Erosionen (Ablösung des Epithels) fast die ganze Schleimhaut treffen. Die Nasenhöhlen sind bedeutend erweitert, so dass die Pharynxwand deutlich durch die vordere Rhinoscopie gesehen werden kann.

Die Oberfläche der Nasenmuscheln ist rauh und unregelmässig wegen der ungleichen Degeneration und überall zeigt sich eine intensive Schwellung durch den Reiz der Borken. Bei der hinteren Rhinoscopie findet man, dass das Drüsengewebe des Pharynx beinahe vollständig zerstört ist, und dass das Gewölbe sowie die Nasenhöhle durch oft intensiv stinkende schwarze Borken verstopft sind, welche entweder trocken, oder weich und schleimig sind, oft genug die Tuba Eustachii und die Choanen verschliessen.

Der untere Theil des Pharynx bietet ein sehr eigenthümliches und typisches Bild dar: Die hintere Wand ist trocken, oft faltig wegen mangelnder Feuchtigkeit und intensiv geschwollen; die hinteren Halbbogen erscheinen einander stärker als normal genähert; drückt man mit der Sonde auf die Schleimhaut so findet man, dass sie wirklich auf den Wirbelkörpern ruht.

Endlich 3. eine Klasse von Fällen von sogenannter Rhinitis cirrhotica, wo die Anwendung des Thymols sich besonders wirksam erwies. Diese Form findet sich bei vernachlässigten syphilitischen oder tuberculösen Kindern und zuweilen auch bei jungen Personen mit den gleichen Affectionen. Der atrophische Process ist hier ein sehr rapider und unregelmässiger, die Nasenmuscheln oder deren Ueberbleibsel haben bisweilen ein fast honigscheibenartiges Aussehen, oder sind ganz zerstört. LEFFERTS.

38) **Baratoux und Dubousquet-Laborderie. Ueberpflanzung von Froschhaut bei Substanzverlusten der Haut und der Schleimhaut. (Greffe animale avec la peau de grénouille dans les pertes de substance cutanée et mouqueuse.)** *Progrès méd. 9. April 1887.*

B. theilt mit, dass er sich der Froschhaut bei gewissen ulcerösen Rhinitiden bedient habe. Er erwähnt eine Beobachtung von Ozaena, atrophischer Rhinitis mit Ulceration, wo die überpflanzte Eihaut nicht haftete, während mit 2 oder 3 Froschhautlappen Erfolg erzielt und „die Kranke geheilt wurde“.

Das dabei beobachtete Verfahren ist das schon von Berthold empfohlene bei der Trommelfellbildung.

Ein einziges Factum ist dabei erstaunlich, nämlich die Existenz von Ulcerationen im Gebiet der atrophischen Schleimhaut. E. J. MOURE.

39) **J. O. Roe. Ozaena, Rhinitis atrophica foetida. (Ozaena, rhinitis atrophica foetida.)** *Trans. Med. Soc. New-York State. p. 484. 1886.*

Hinsichtlich der Aetiologie wurden folgende Schlüsse gezogen: 1. die Krankheit entwickelt sich fast immer in der Kindheit, in früher Jugend oder bei sehr jungen Personen. 2. Sie ist sicher eine Localaffection. 3. Sie beginnt zuerst als eine Krankheit der Schleimdrüsen, welche eine lebhafte Desquamation der Epithelien hervorruft. Die Drüsen werden langsam zerstört, während gleichzeitig eine deutliche Schrumpfung des submucösen Bindegewebes Platz greift. Die Contraction dieses Gewebes bewirkt eine Compression der Blutgefässe und bringt dieselben ebenso wie Nasenmuscheln langsam zur Schrumpfung. Die veranlassende Ursache ist Erkältung oder Verschluss der Nase durch Hypertrophie der Muschel, Deviation des Septums oder durch knöchernen Verschluss. 5. Der Fötor entwickelt sich in dem Secret oder Exsudat aus den Drüsen, bevor es dieselben verlässt; er ist das Product eines krankhaften Processes in den Drüsen selbst.

Die Behandlung besteht 1. in vollständiger Reinigung, 2. in sorgfältiger Application des Medicaments an alle Theile der afficirten Fläche. Der Autor rühmt sehr den Gebrauch des Vaselin zur Application. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

40) **Charazac (Toulouse). Behandlung der Ozaena. (Traitement de l'ozène.)** *Formul. mens. de thérap. No. 22. 26. Februar 1887.*

Ch. theilt die Ideen des Referenten mit, wonach die Ozaena im Allgemei-

nen heilbar ist und empfiehlt dieselbe Behandlung: Irrigationen und Nasenzerstäubungen.
E. J. MOURE.

41) **Bandler** (Prag). **Ueber spontanes Nasenbluten.** *Prager med. Wochenschrift. No. 21. 1887.*

Bei 54 Fällen von Epistaxis fand sich 37 Male die blutende Stelle im vordersten Abschnitte des Septums, in einzelnen Fällen am Boden der Nasenhöhle und nur in einem Falle im Niveau der mittleren Muschel. Sie war entweder etwas erhaben oder vertieft und wurde geätzt, worauf meist Heilung eintrat. Auch drei profuse Epistaxisfälle bei Herzkranken wurden so geheilt. B. spricht sich in Uebereinstimmung mit Hartmann und dem Referenten für den spontanen Ursprung der Blutung aus, welche durch die eigenthümliche Beschaffenheit der Septumschleimhaut an dieser Stelle begünstigt werde (v. Hartmann, O. Chiari, Zuckerkandl). In 17 Fällen konnte die blutende Stelle nicht gefunden werden.
CHIARI.

42) **Verneuil. Behandlung gewisser hartnäckiger Fälle von Epistaxis. (Traitement de certaines epistaxis rebelles.)** *Société de chirurg. Paris.* Ausführlich wiedergegeben in *Trib. méd. 8. Mai 1887.*

V. berichtet Beobachtungen von Kranken mit intermittirender Epistaxis, die er nur dadurch stillen konnte, dass er ein Vesicans auf das rechte Hypochondrium im Niveau der Lebergegend applicirte. Beim zweiten Kranken zeigten sich Symptome von Septicämie, da die Tampons zu lange in der Nase gelassen worden waren.

V. versucht nicht, diese Formen von Epistaxis zu erklären; eine rhinoscopische Untersuchung war auch nicht vorgenommen worden.
E. J. MOURE.

43) **L. D. Rood. Ein Fall von schwerer Epistaxis. (A case of severe epistaxis.)** *New-York Med. Record. 7. Mai 1887.*

So wie der Bericht über den Fall abgefssst ist, lässt er den Leser stark im Zweifel über die Richtigkeit der Diagnose. Es kann ebenso gut ein Fall von Hämoptoe sein.

„Der Kehlkopf war ganz gesund, nur Pharynx- und Nasenschleimhaut war leicht geschwellt und mehr oder weniger granulirt." Ein oder zwei Tage später hatte Patient eine andere Blutung. Sie wurde wie früher gestillt, doch ein neuer und viel hartnäckigerer Anfall trat nach wenigen Tagen auf. Um einer weiteren Blutung vorzubeugen, da der Patient von dem Blutverlust sehr geschwächt war, touchirte R. die ganze Schleimhaut des Pharynx und der Nase mit Lapis. Es wurden 12 Touchirungen vorgenommen; schon nach der ersten hatte Patient keine Blutung wieder.
LEFFERTS.

44) **Martin** (Paris). **Behandlung der Epistaxis. (Traitement de l'epistaxis.)** *Soc. méd. practique* in *Union méd. No. 33. p. 399. 1. März 1887.*

M. meint, dass man einen mit Liq. ferri getränkten Tampon an die Gegend bringen müsse, aus welcher das Blut kommt. Es ist klar, dass Niemand daran denken würde, anders zu handeln, wenn die Stelle, von der die Blutung ausgeht, immer bekannt wäre.
E. J. MOURE.

45) **Z. E. Patrick. Eine einfache Methode zur Behandlung der Epistaxis. (A simple method of treating epistaxis.)** *New-York Med. Journal. 19. März 1887.*

Die Methode besteht darin, dass man ein Stück Binde um jeden Schenkel bindet, dicht am Körper und, wenn nöthig, ebenso um jeden Arm, fest genug, um die venöse Circulation zu hemmen, ohne die arterielle zu unterbrechen. So wird eine grosse Menge Blut in den Extremitäten zurückgehalten, die Spannung der Blutgefässe wird beseitigt, und die Blutung hört fast augenblicklich auf.

LEFFERTS.

46) **Verneuil** (Paris). **Behandlung der Epistaxis hepatischen Ursprungs. (Traitement des epistaxis d'origine hépatique.)** *Acad. de méd. de Paris. 26. April 1887.*

In drei Fällen konnte Verneuil die Blutung nur durch Application eines Vesicators auf das rechte Hypochondrium stillen. Er erinnert daran, dass schon Galen auf Fälle dieser Art und auf diese Behandlungsweise gewisser Formen von Epistaxis aufmerksam gemacht habe. Colin frägt nach der Pathogenese dieser Blutungen und V. sagt, dass er diese Beziehung klinisch nicht erklären könne. Colin ist der Ansicht, dass das Herz hierbei eine Rolle spielen müsse. [Identisch mit Referat 42 dieser Nummer? Red.]

E. J. MOURE.

47) **George K. Poole** (Upper Norwood). **Tamponade der Choanen. (Plugging the posterior nares.)** *Brit. Med. Journal. 25. Juni 1887.*

P. empfiehl, einen Gummicatheter mit Schnur befestigt am Boden der Nase entlang zu führen, bis sein Ende hinten im Halse sichtbar ist. Alsdann wird die Schnur gefasst und das gewöhnliche Verfahren befolgt.

A. E. GARROD.

48) **James Brydow** (Hawick). **Tamponade der Choanen. (Plugging the posterior nares.)** *Brit. Med. Journal. 8. Januar 1887.*

B. beschreibt eine einfache Methode, eine Schnur durch die Nase in den Pharynx hinein und wieder aus dem Munde herauszuführen. Er befestigt an einer Schnur von genügender Länge einen Bausch von Lint oder Leinewand von der Grösse einer Erbse, oder einen kleinen kugeligen Knopf mit Halsstück. Hierauf krümmt er das Ende einer Sonde, oder eines Stücks Draht zu einem Ring von 3 Ctm. im Durchmesser und biegt diesen Ring in einem Winkel zur Sonde. Die Schnur wird durch den Ring hindurchgeführt und gegen denselben gespannt gehalten. Nachdem der Draht den Boden der Nase entlang bis in den Pharynx geführt ist, wird der Patient angewiesen, sich zu räuspern und auszuspeien, worauf der an der Schnur befestigte Bausch aus dem Munde ausgeworfen wird.

A. E. GARROD.

49) **Lartigue. Tamponade der Nasenhöhlen. (Tamponnement des fosses nasales.)** *Courrier méd. No. 6. 5. Februar 1887.*

Verf. wendet statt des Bellocq'schen Röhrchens ein Urethralbougie an, ein Verfahren, das wir und Andere schon seit langer Zeit eingeschlagen haben.

E. J. MOURE.

50) **Augustus F. Clay** (Birmingham). **Ein Fall von Nasenstein. (A case of rhinolith.)** *Brit. Med. Journal. 12. Februar 1887.*

Patient, ein 47jähriger Mann, war stets gesund gewesen. Als er 2 Jahre alt war, wurde er von einem Schubkarren auf das Gesicht geworfen und hatte

einige Jahre danach einen übelriechenden Ausfluss aus der Nase. Vor 2 Jahren hatte er fast unaufhörlich Schmerzen in der Stirn. Die Nase, welche ein wenig nach links gekrümmt war, war dünn. Die rechte Wange und das rechte Nasenloch waren beträchtlich vorgebaucht, während das Septum nach links gekrümmt war. In dem unteren Nasengang konnte man vorn eine braune Substanz sehen, die bei Berührung mit der Sonde rauh und hart erschien. Das linke Nasenloch war frei, das rechte vollständig verstopft, da auch die Schleimhaut sehr geschwollen war.

Der harte Körper wurde in der Narcose mit einer Polypenzange entfernt, die wenigen zurückgebliebenen Partikel mit der Lister'schen Drainagezange. Der Patient hatte keine Nachbeschwerden nach der Operation, der Ausfluss hörte auf und die Schwellung der Schleimhaut ging zurück. Der Stein war etwa dreieckig und sehr unregelmässig. Seine Länge betrug 4,5 Ctm. und sein Gewicht $5^1/_2$ Grm. Als man ihn einschnitt, fand man als Kern einen stark veränderten Kirschstein.

A. E. GARROD.

51) **E. Creswell Baber** (Brighton). **Ein Fall von Nasenstein. (Case of rhinolith.)** *Lancet. 16. April 1887.*

Es handelt sich um ein 12jähriges Mädchen, welches seit 6 Jahren einen übelriechenden Ausfluss und Blutungen aus dem linken Nasenloch hatte. Die Ursache war unbekannt. Die linke Nasenseite und die linke Wange waren aufgetrieben, das linke Nasenloch verengt und für die Luft undurchgängig, die Ränder excoriirt. Das Septum schien nach rechts geneigt zu sein, das linke Nasenloch war mit weichen Granulationen erfüllt. Hinter diesen fühlte man mit der Sonde einen harten Körper, etwa 4,5 Ctm. von der Nasenspitze entfernt. Derselbe wurde in der Narcose mit Spatel und Zange entfernt. Die linke Nasenhöhle war sehr erweitert, so dass man den Nasenrachenraum von vorn sehen konnte. Die untere Nasenmuschel war sehr zerstört und zeigte eine Höhlung nahe ihrer Mitte. Der Ausfluss verlor seinen fötiden Geruch und hörte bald auf. Es war kein Knochen erkrankt. Der Nasenstein hatte die Gestalt einer Lambertsnuss und eine rauhe warzenförmige Oberfläche. Sein Gewicht war $^1/_2$ Grm. und seine Dimensionen $18 \times 13 \times 8$ Mm. Er bestand aus einem Stück Stoff, auf dessen dichte Falten sich die Salze abgelagert hatten. A. E. GARROD.

52) **L. Silitsch** (Petersburg). **Ueber Steine der Nasenhöhlen. (O kamajach nosowoi polosti.)** *Wratsch. p. 16. 1887.*

S. stellt zwei Kranke vor, bei denen er aus der Nase Steine entfernt hatte. Beide Patienten litten an Lupus. Das Centrum des einen Steines wurde von einem cariösen Knochenstückchen gebildet. LUNIN.

53) **H. Weiss** (London). **Rhinolith.** *Brit. Med. Journal. 23. April 1887.*

Demonstration des Steines vor der West-London Med.-Chir. Society am 1. April. Die Patientin war ein junges Mädchen. Weitere Details fehlen.

SEMON.

54) **Schötz** (Berlin). **Rhinolith.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 1. S. 13. 1887.*

Concretion, die sich um einen Kirschkern, der 6 Jahre in der Nase gesessen hatte, gebildet hatte. Der Stein wurde nach hinten dislocirt und ausgespuckt.

B. FRAENKEL.

55) J. A. Stucky. **Ein Fremdkörper in der Nasenhöhle. Entfernung desselben. (A foreign body in the nasal cavity. Removal.)** *American Practitioner and News. 5. März 1887.*

Eine Haarnadel, 6 Ctm. lang, wurde —, nachdem einige Adhäsionen, die durch eine von derselben ausgehende Entzündung entstanden waren, getrennt und die Nadel dadurch freigelegt worden war —, nach hinten gestossen, bis deren Kopf sich im oberen Theil des Pharynx zeigte. Hier wurde sie mit der hinteren Nasenzange ergriffen und entfernt. LEFFERTS.

56) **Middlemass Hunt** (Liverpool). **Zwei Fälle zur Beleuchtung der Diagnose und Therapie der Fremdkörper in der Nase. (Two cases illustrating the diagnosis and treatment of foreign bodies in the nose.)** *Glasgow Med. Journ. März 1887.*

Nichts Neues. M'BRIDE.

57) **S. O. van der Poël. Ein Fall von Fremdkörper in der Nase und Highmoreshöhle. (A case of foreign body in the nose and antrum.)** *New-York Medical Journal. 16. April 1887.*

Der Patient war von einem Stück eines Feuerwerkskörpers, welcher vorzeitig explodirte, an der linken Wange getroffen worden. Die Wunde erstreckte sich von dem inneren Augenwinkel links bis zum Nasenflügel. Etwas Papier etc. wurde entfernt und die Wunde durch die Naht geschlossen. Sie heilte langsam und später ergoss sich viel Eiter aus den Choanen; Patient litt an Migräne, Augenschmerzen, Stimmschwäche und kam auch in seinem Allgemeinbefinden zurück. Verf. war nicht im Stande, eine Sonde durch das linke Nasenloch zum Pharynx zu führen. Man erkannte einen metallenen Fremdkörper, der, von Granulationen umgeben, die hintere Partie des Bodens der linken Nasenhöhle einnahm, ohne sich in den Pharynxraum zu erstrecken. Zug mit der Zange durch den Pharynxraum vermochte den Fremdkörper nicht zu bewegen. Der Patient wurde deshalb narcotisirt und die alte Wunde vom inneren Augenwinkel bis zum Nasenflügel wieder geöffnet, ohne dass man jedoch auf diese Weise den Fremdkörper entfernen konnte. Hierauf wurde der weiche Gaumen gespalten und zwar in der Medianlinie, und da man so den Fremdkörper mit der Zange besser fassen konnte, wurde er durch Hebelbewegung langsam dislocirt und durch den Pharynx entfernt. Diese Manipulationen dauerten etwa zwei Stunden. Der Fremdkörper war eine Zinkplatte, über 6 Ctm. lang, 3 Ctm. breit, auf die Fläche gebogen und lag hauptsächlich im Antrum; sein langer Durchmesser lag quer zur Axe des Bodens der Nasenhöhle. Noch einige Wochen nach der Operation wurden fortgesetzt reichliche Menge Eiter aus dem Antrum entleert; aber die Wunde heilte schliesslich und die Beschwerden des Patienten verschwanden.

LEFFERTS.

58) **Rastelli. Neues Instrument zur Extraction von Fremdkörpern aus der Nase. (Nuovo strumento chirurgico per estrarre i corpi estranei dal nasotesi di laurea.)** *Raccoglitore medico. No. 4. 1887.*

R. bespricht die Anatomie der Nasenhöhle, die hier vorkommenden Fremdkörper und die Methoden, sie zu extrahiren. Er empfiehlt ein durch eine Abbildung veranschaulichtes, einem geburtshilflichen Hebel oder einer gefensterten Curette nicht unähnliches Instrument. KURZ.

59) **G. W. Major. Entfernung eines Fremdkörpers aus der Nase, 7 Jahre nach seiner Einführung. (Removal of a foreign body from the nose seven years after introduction.)** *Canada Med. and Surg. Journal. Juni 1887.*

Der Fremdkörper war ein Schuhknopf. Er war zwischen der unteren Nasenmuschel und dem Boden der Nase eingekeilt und hatte eine Necrose der Muschel veranlasst. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

60) **Témain. Ueber verschiedene Verfahren, Fremdkörper aus den Ohren- und den Nasenhöhlen zu extrahiren. (Des divers procédés d'extraction des corps étrangées de l'oreille et des fosses nasales.)** *Revue mens. des mal. de l'enfance. Paris. Februar 1887.*

T. empfiehlt, den Fremdkörper mit einem weiblichen Catheter in den Schlund hinabzustossen, oder eine Einspritzung zu machen.

Was das Verfahren für das Ohr betrifft, so glaubt er, dass es nicht viel angewendet werde! E. J. MOURE.

61) **R. H. Firlte** (India). **Ein Fall von Larvenentwicklung in den Nasenwegen. (Case of developement of larve in the nasal passages.)** *India Medical Journal. V. p. 75. 1886.*

Referent konnte das Journal nicht erlangen. A. E. GARROD.

c. Mundrachenhöhle.

62) **W. C. Philipp. Ein Beitrag zum Studium der Krankheiten der Uvula. (A contribution to the study of diseases of the uvula.)** *New-York Medical Record. 12. März 1887.*

Der Autor meint mit Recht, dass primäre Erkrankungen der Uvula selten zu sehen sind und berichtet folgenden interessanten Fall: Die Uvula war stark in jeder Richtung geschwollen, aber besonders in der Länge; sie war 6 Ctm. lang. Der Durchmesser betrug $2^1/_2$ Ctm. und endigte in eine knollige; stark geschwollene Masse. In der Ruhe hing diese hinter der Zungenbasis herab, verursachte jedoch nur geringe Beschwerden, ausgenommen beim Essen. Mit leichter Mühe konnte der Tumor nach vorn auf die Zunge gebracht werden. Zahlreiche kleine, dunkelblaue, anscheinend venöse Dilatationen waren auf der ganzen Oberfläche des Tumors sichtbar.

Die Uvula wurde mit dem Galvanocauter ohne Blutung entfernt und es erfolgte schnelle Heilung.

Die mikroscopische Untersuchung zeigte, dass das Neoplasma ein cavernöses Angiom der Uvula war, welches, mit Rücksicht auf seine Seltenheit, hier ausführlich beschrieben wird. Der unregelmässige, birnförmige Tumor ist von rauher, knotiger Oberfläche und durch die Conservirungsflüssigkeit stark geschrumpft. Die Masse des Tumors besteht zum grössten Theil aus einer Menge grösserer und kleinerer, unregelmässiger, mit Endothel bekleideter und mit Blut erfüllter Höhlen. Zwischen diesen Bluthöhlen befinden sich Streifen von dichtem und festem Bindegewebe. Die Muskelfasern der Uvula sind durch die neugebildeten Bluthöhlen bei Seite gedrängt und liegen zerstreut, einzeln und in Gruppen in den bindegewebigen Bändern oder Abschnitten. Die Schleimdrüsen sind aus ihrer Lage

gedrängt und mässig hypertrophisch. Während die meisten Höhlen mit einfachem, geronnenem Blut gefüllt sind, so sind einige von ihnen theilweise, wenige sogar nahezu vollständig mit wandständigen Thromben erfüllt, welche nur einen centralen mit Blut gefüllten Canal offen lassen. Das Ganze ist von der normalen Schleimhaut dieses Theils bedeckt. Die anatomische Diagnose lautet also entsprechend: Cavernöses Angiom der Uvula. LEFFERTS.

63) **Guillabert. Entzündung der Uvula und deren Excision. (De l'inflammation de la luette et son excision.)** *Courrier méd. 28. Mai 1887.*

G., welcher Gelegenheit hatte, die Excision der Uvula zu machen, meint, dass es ihm immer gelungen sei, die Blutung zu stillen, sei es mit den Serres fines oder mit einem Adstringens (Arg. nitr., Liq. ferr. sesquichl.).

Er räth, nicht das ganze Zäpfchen fortzuschneiden. E. J. MOURE.

64) **Cotterill** (Edinburgh). **Fractur durch den harten Gaumen. (Fracture through hard palate.)** *Edinburgh Med. Journal. April 1887.*

In einer Sitzung der Edinburg Medico-Chirurgical Society zeigte C. einen Fall von „combinirtem Splitterbruch des Ober- und Unterkiefers", wobei zugleich eine Fractur des harten Gaumens bestand. M'BRIDE.

65) **Le Bec. Angeborene Spaltung des Gaumengewölbes und des Gaumensegels, Schliessung durch einen Lappen, über dem Vomer entnommen und durch Verschiebung der Fibromucosa. Heilung. (Division congénitale de la voute palatine et du voile du palais, restauration par un lambeau pris sur le vomer et par glissement de la fibro-muqueuse. Guérison.)** *Gaz. des hôpit. No. 52. 26. April 1887.*

Der Titel besagt, worum es sich handelt, wie er auch das eingeschlagene Verfahren angiebt. E. J. MOURE.

66) **Gibson Hamilton. Gaumenspalte. (Cleft palate.)** *Liverpool Medico-Chirurgical Journal. Januar 1887.*

Ein Fall von Gaumenspalte in Folge von ulceröser Stomatitis (syphilitischer? Ref.) wurde demonstrirt. M'BRIDE.

67) **Morot. Vollständige Fissur des Gaumengewölbes und Fehlen des Gaumensegels bei zwei jungen Kälbern. (Fissure complète de la voute palatine et absence du voile du palais chez deux jeunes veaux.)** *Journal des conn. méd. No. 8. 24. Februar 1887.*

Der Titel zeigt an, worum es sich handelt. Verf. beschreibt sorgfältig das Aussehen und den Zustand der missbildeten Theile. E. J. MOURE.

68) **Martel. Behandlung der Perforation des Gaumensegels durch das Glüheisen. (Traitement de la perforation du voile du palais par la cautérisation ignée.)** *Revue internat. des sc. méd. 31. Mai 1887.*

Die Cauterisation der Ränder der Continuitätstrennung mittels des Glüheisens kann, wenn der Spalt ein sehr kleiner ist, genügen, um die Heilung des Kranken zu bewirken. E. J. MOURE.

69) **Stephen Paget** (London). **Tumoren des Gaumens. (Tumours of the palate.)** *St. Bartholomew's Hospital Reports. Vol. XXII. 1886.*

In dieser Arbeit giebt P. einen erschöpfenden Bericht über Alles, was wir

über die Tumoren des Gaumens wissen. Er hat eine grosse Anzahl gutartiger und maligner Tumoren aus verschiedenen Publicationen zusammengestellt und bespricht sie gruppenweise nach der Reihe. Die von ihm zusammengestellten Fälle, welchen er einige aus seiner eigenen Beobachtung hinzugefügt hat, enthalten Dermoidtumoren; Cysten; gefässreiche, knorpelige und knöcherne Neubildungen; Kalkablagerungen, Papillome, Adenome, Sarcome und Carcinome.

Er kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Tumoren des Gaumens sind gewöhnlich circumscript, eingekapselt und leicht zu entfernen. Sie gehen gewöhnlich vom weichen Gaumen aus, sehr selten vom Knochen. Einige bieten in vielen Punkten eine Aehnlichkeit mit den Tumoren der Parotisgegend dar und sind, wie diese, wahrscheinlich embryonalen Ursprungs.

2. Rasches Wachsthum, Infiltration, Ausdehnung nach aussen und abwärts, vorgeschrittenes Alter des Patienten, Schwellung der Lymphdrüsen, glatte Oberfläche und Verwachsung der Schleimhaut mit den Tumoren sind schlechte Zeichen.

3. Kein Tumor des Gaumens sollte sich selbst überlassen werden; selbst in den ungünstigen Fällen ist eine Explorativoperation angezeigt.

Für spätere Autoren ist die Kenntniss dieser werthvollen Arbeit absolut erforderlich. A. E. GARROD.

70) **Paul** (Liverpool). **Adenom der Mundschleimdrüsen und diffuses Adenom des weichen Gaumens. (Adenoma of the buccal mucous glands and diffuse adenoma of the soft palate.)** *Liverpool Medico-Chirurgical Journal. Januar 1887.*

Vorzeigung mikroscopischer Präparate. M'BRIDE.

71) **F. B. Jessett. Ein Fall von Medullarsarcom beider Oberkiefer und des harten und weichen Gaumens. Exstirpation des Tumors zugleich mit dem grösseren Theil beider Knochen. Heilung. (A case of myeloid sarcoma involving both superior maxillary bones and hard and soft palate. Removal of the growth together with the greater part of both bones. Recovery.)** *Medical Bulletin. Philadelphia. April 1887.*

Die Natur des Falles und das Resultat gehen aus dem Titel hervor. LEFFERTS.

72) **Fredk. Page** (Newcastl a. Tyne). **Epitheliom des weichen Gaumens. (Epithelioma of the soft palate.)** *Lancet. 12. März 1887.*

Ein 27 jähriger Mann hatte sich eine kleine bohnengrosse Hervorragung aus seinem weichen Gaumen entfernt, und man sah bei seiner Aufnahme eine Narbe in der Mittellinie. Am linken Rande befand sich ein kleines, warzenähnliches Gebilde von der Grösse einer kleinen Bohne. Es wurde ausgeschabt, aber es entstand ein frisches an der anderen Seite. Dieses wurde mit dem Messer ausgiebig entfernt. Die Wunde heilte jedoch nicht gut, und die Krankheit kehrte in einem Monat wieder, wobei eine Drüse gegenüber der linken Seite des Musc. sternomastoideus, welche bei seiner Aufnahme nur leicht geschwollen war, schnell an Umfang zunahm.

3 Monate nach der letzten Operation waren die ganzen zwei Drittel des weichen Gaumens rechts in eine epitheliomatöse Masse verwandelt, welche sich auf den rechten Gaumenbogen ausgebreitet und die Mandel ergriffen hatte. Die

Drüse am Halse war so gross wie eine Orange. Der Patient war abgemagert und anämisch.

A. E. GARROD.

73) **J. A. Henning. Acute Amygdalitis. (Acute tonsillitis.)** *American Medical Journal. St. Louis. Mai 1887.*

Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

74) **M. S. Falls. Ein fulminanter Fall von phlegmonöser Tonsillitis. (A fulminating case of phlegmonous tonsillitis.)** *Eastern Med. Journal. 1. März 1887.*

Der Bericht betrifft einen einfachen Fall von acuter oder folliculärer Tonsillitis bei einer wahrscheinlich bereits hypertrophischen Mandel. Warum der Autor die Tonsillitis eine phlegmonöse nennt, ohne dass eine Betheiligung des Parenchyms der Mandel (gewöhnlich beim Abscess vorkommend) direct bewiesen wird, oder warum der Fall ein „fulminanter" genannt wird, und was dies bedeuten soll, das vermögen wir nicht einzusehen.

LEFFERTS.

75) **L. E. Holt. Differentialdiagnose zwischen croupöser Tonsillitis und Diphtherie. (The non-identity of croupous tonsillitis with diphtheria.)** *Trans. Med. Soc. p. 552. New-York. 1886.*

Croupöse Tonsillitis.	Diphtherie.
1. Plötzliches Auftreten.	1. Viel häufiger schleichend.
2. Sehr ausgesprochene Störung des Allgemeinbefindens während der ersten beiden Tage; keine Neigung zur Asthenie.	2. Keine so grosse Störung des Allgemeinbefindens vor dem dritten Tage, aber hernach starke Neigung zur Asthenie.
3. Einsetzen mit einer Temperatur von 39,5—40° C.	3. Selten so hoch im Anfang, 38 bis 38,5° C., allmälig steigend bis zum vierten oder fünften Tag.
4. Puls voll und beschleunigt.	4. Wenn schneller dann schwacher Puls.
5. Membran von gelblicher Farbe, ihre Ränder scharf, begrenzt, auf die Tonsillen beschränkt; blutet nicht beim Ablösen, ist oberflächlich, nicht sehr adhärent, keine Neigung zur Wiederbildung nach der Entfernung, verschwindet frühzeitig, ohne sich auszubreiten.	5. Farbe grau, zuweilen grünlich. ergreift allmälig die Uvula, weichen Gaumen und Pharynx ebensowohl als die Tonsillen; blutet leicht, infiltrirt die tieferen Gewebe, ist adhärent, starke Neigung zur Wiederbildung, ist am ersten oder zweiten Tage nicht zu sehen, breitet sich stetig aus.
6. Albuminurie ist selten, vielleicht nie.	6. Albuminurie fehlt selten.
7. Erreicht ihre Höhe am zweiten Tag, am vierten beginnt gewöhnlich Genesung.	7. Erreicht gewöhnlich nicht vor dem vierten Tage ihre Höhe.
8. Paralyse tritt niemals als Folgeerscheinung auf.	8. Paralyse ist die gewöhnliche Folge.
9. Contagiosität ist sehr zweifelhaft.	9. Verbreitet sich häufig durch Contagion.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

76) **Lebrun. Beitrag zur Therapie der acuten Amygdalitis. (Contribution à la thérapeutique des amygdalites aigues.)** *La Clinique. 13. Januar 1887. — Journal de sc. méd. de Lille. 4. Februar 1887.*

Da L. die Amygdalitis für eine parasitäre Krankheit hält, so empfiehlt er eine antiseptische Behandlung, bestehend in einem Gurgelwasser von Borsäure und Pinselungen mit Jodoformcollodium. E. J. MOURE.

77) **W. J. Baker** (Ferozepore Pinigab). **Behandlung der Tonsillitis. (The treatment of tonsillitis.)** *British Medical Journal. 9. April 1887.*

B. rühmt sehr die Behandlung der Tonsillitis mit Natr. bicarb. in Pulverform. In vielen schweren Fällen hat er bedeutende Besserung ein oder zwei Stunden nach der Behandlung gesehen. A. E. GARROD.

78) **M. R. Brown** (Chicago, U. St. A.). **Natrium salicyl. bei acuter Tonsillitis. (Salicylate of sodium in acute tonsillitis.)** *British Medical Journal. 4. Juni 1887.*

B. rühmt das Natr. salicyl. sehr zur Behandlung der acuten Tonsillitis, bevor Eiterung eingetreten ist. Er findet, dass die Heilung sehr schnell erfolgt, wenn diese Behandlung angewendet wird. Der Schmerz verschwindet nach ein oder zwei Dosen von 0,75 Natr. salicyl. A. E. GARROD.

79) **Lennox Browne** (London). **Natrium salicyl. bei acuter Tonsillitis. (Salicylate of sodium in acute tonsillitis.)** *Brit. Med. Journal. 18. Juni 1887.*

B. macht darauf aufmerksam, dass er schon 1878 den Zusammenhang zwischen Tonsillitis und Rheuma betont habe und empfiehlt Natr. salicyl. Er meint, dass Thomas Watson denselben Zusammenhang im Sinne habe, wenn er Guajac gegen Tonsillitis empfiehlt. A. E. GARROD.

80) **Longstreth. Terpenthinumschläge gegen Tonsillitis. (Terpentine stupes for tonsillitis.)** *New-York Medical Record. 7. Mai 1887.*

L. zeigte seinen Studenten an dem Pennsylvania-Hospital einige Fälle von Tonsillitis, welche einfach durch Auflegen von Terpenthinumschlägen um den Hals mit günstigem Erfolge behandelt worden waren. LEFFERTS.

81) **Charles Maclean** (Lairo). **Incision bei Tonsillitis. (Incision in tonsillitis.)** *Brit. Med. Journal. 5. Februar 1887.*

M. empfiehlt ausgiebige Incisionen bei Tonsillitis, da er findet, dass sie bedeutende Erleichterung schaffen und den Verlauf der Krankheit mildern.
A. E. GARROD.

82) **Walker Downie** (Glasgow). **Incision bei Tonsillitis. (Incision in tonsillitis.)** *Brit. Med. Journal. 26. Februar 1887.*

D. kritisirt Macleans' Bemerkungen über diesen Gegenstand (Brit. Med. Journal. 5. Febr. 1887) und behauptet, dass man zur Incision nur dann schreiten sollte, wenn Symptome auf das Vorhandensein eines Abscesses hindeuten. Dann sollte sie aber auch immer gemacht werden. Der Schnitt ist nach oben und innen zu führen, indem man so von der Carotis interna sich entfernt. A. E. GARROD.

83) **William Easby** (Peterborough). **Tonsillarabscess. (Quinsy.)** *British Medical Journal. 26. März 1887.*

E. trug eine Abhandlung über den Tonsillarabscess vor der Cambridge Med. Society vor. Er empfiehlt in derselben Aconit oder Salicyl innerlich. Dagegen verwirft er die Gurgelungen als zwecklos und grausam, räth vielmehr zu Bepuderungen der Tonsillen mit einem Pulver, bestehend aus gleichen Theilen Tannin und Jodoform.

A. E. GARROD.

84) **Widerhofer** (Wien). **Ueber die Tonsillotomie.** Klinischer Vortrag. *Allgemeine Wiener med. Zeitung. No. 24. 1887.*

Bei hypertrophischen Tonsillen empfiehlt W. die Anwendung schneidender Instrumente. Die Tonsillotomie soll auch bei kleinen Kindern vorgenommen werden, wenn die Tonsillen bis zur Uvula reichen, wenn die Lymphdrüsen am Unterkiefer stark anschwellen, und wenn die Kinder des Nachts auffallend stark schnarchen. W. zieht das geknöpfte Messer dem Tonsillotom vor. Nachblutungen kommen manchmal vor; Weinlechner betupft die Wunde meistens mit Ferrum sesquichloratum.

CHIARI.

85) **H. Cazin** (Boulogne sur mer). **Tonsillotomie in der Narcose. (Amygdalotomie sous le chloroforme.)** *Société de chir. Paris, April 1887.*

C. erklärt, dass er niemals üble Zufälle bei diesem Verfahren gehabt habe.

E. J. MOURE.

86) **Otto Zuckerkandl** (Wien). **Zur Frage der Blutung nach Tonsillotomie.** *Wiener med. Jahrbücher. Heft VI. p. 309—327. 1887.*

Nach kurzer Besprechung der Literatur und besonders der Angaben und Arbeiten von Hatins, Malgaigne, Guersant, Chassaignac, Linhart, Luschka, Rüdinger giebt Z. eine anatomische Beschreibung der Regio retrotonsillaris, welche er an zahlreichen Leichen präparirte. Nach Heraushebung der Mandel aus ihrer Nische kommt man auf eine derbe fibröse Haut, welche Septa in das Tonsillarparenchym aussendet. Dann stösst man auf Fasern des M. pterygo- und bucco-pharyngeus, und auf die Fascia bucco-pharyngea. Nach aussen von derselben liegt ein mit Fett erfüllter Raum, der von den Mm. styloglossus und stylopharyngeus in einen vorderen und hinteren Abschnitt getheilt wird.

Der hintere Abschnitt beherbergt die Carotis interna, Vena jugularis interna und den Nervus vagus. Erst nach aussen von dem vorderen Abschnitte liegt die Carotis externa, die gerade hier eine Schlinge bildet. Es kann daher selbst beim starken Hervorziehen der Tonsille woder die Carotis ext. noch interna unter das Messer kommen, wenn dasselbe in sagittaler Richtung geführt wird.

Was nun die eigene Arterie der Tonsille anlangt, so stammt dieselbe meist aus der Art. palatina ascendens, welche sich in der Höhe der Tonsille in zwei Aeste theilt, von denen die Art. tonsillaris direct nach innen zum äusseren Pole der Tonsille zieht. Manchmal geht die Art. tonsillaris direct aus der Carotis ext. hervor, manchmal aus der maxillaris ext., und manchmal endlich giebt es mehrere Tonsillararterien zugleich. Am seltensten entspringt sie aus der pharyngea ascendens.

In allen Fällen aber zieht sie zunächst durch den Vorraum des Cavum

pharyngo-maxillare und kommt dann an die oben erwähnte derbe fibröse Wand, welche die Tonsille nach aussen begrenzt, die Kapsel der Tonsille. Diese Kapsel wird von der ungetheilten Arterie durchbohrt, und nun theilt sich das etwa millimeterdicke Gefäss in ein Bündel fadenförmiger Aeste, die in das Parynchym der Mandel eindringen.

Ein Schnitt durch das Parenchym wird also nur kleine Gefässchen treffen und geringe Blutung veranlassen; wenn aber der Schnitt in die Ebene der äusseren Tonsillarkapsel fällt, so wird der Stamm der Arterie getroffen und der innige Zusammenhang zwischen Gefässwand und der derben, fibrösen Kapsel verhindert sowohl ein Zurückgehen als auch eine Verengerung des Gefässlumens. Auch wird dasselbe schwer zu fassen sein, eben wegen der fibrösen Kapsel, in die es eingebettet ist. Am besten wird die Blutstillung noch erzielt werden durch längere Compression gegen den Kieferast mittelst Pean's oder Mikulicz's Zangen. Unterbindung der Carotis externa, aus der ja die oben genannten Arterien entspringen, wäre das letzte Mittel.

Um aber überhaupt starke Blutungen zu vermeiden, begnüge man sich, die über die Gaumenbögen hervorragende Kuppe der Mandel abzutragen, weil man dann die laterale Tonsillenwand unberührt lasse. Haemophilie contraindicirt natürlich jede Operation. CHIARI.

87) **F. A. Mandeville. Ein neues verstellbares Amagdalotom. (An new reversible amygdalotome.)** *New-York Medical Journal. 5. März 1887.*

Wie aus dem den Artikel begleitenden Holzschnitt zu ersehen ist, ist der Griff so an das Instrument befestigt, das es sich rings um ersteren dreht und durch einen federnden Riegel an der gewünschten Stelle eingestellt werden kann. Dieser Riegel wird von dem Daumen des Operateurs regulirt, indem er einen im Schenkel des Handgriffs befindlichen Schieber in Bewegung setzt. LEFFERTS.

88) **G. W. Squires. Ein Tonsillenmesser. (A tonsil-knife.)** *Medical Record. 29. Januar 1887.*

Der Autor beschreibt ein Instrument, welches er erfunden und seit einiger Zeit zum Scarificiren oder zum Schneiden der Mandeln angewendet hat. Es soll dieses Instrument manche Vorzüge vor dem gewöhnlichen, mit Heftpflaster umwickelten Skalpell haben. Es besteht aus einer abgerundeten Klinge, die longitudinal an einem stählernen Schaft, nahe der Spitze, befestigt ist. Eine flache, weiche Feder verbirgt die Klinge für gewöhnlich, letztere kann aber durch einen leichten Druck beliebig weit durch eine in der Feder befindliche Rinne vorgeschoben werden. LEFFERTS.

89) **Schulte (Mailand). Ein neues dreitheiliges Tonsillotom.** *Illustrirte Monatsschrift d. ärztl. Polytechnik. Heft 2. Bern, 1887.*

Ein kleine Modification des Böcker'schen Tonsillotoms wird hier vorgeschlagen. Ref. muss trotz aller Anerkennung des Böcker'schen Instrumentes den Eingangssatz des Verf.'s als ganz falsch zurückweisen, dass nämlich das **Mathieu**'sche Tonsillotom meist die Tonsille nicht vollständig durchtrenne (!).

Das Böcker'sche Instrument hat anstatt des schneidenden Ringes ein sichelförmiges Messer. Die Abänderung nach Sch. besteht nun einfach darin,

dass man am gleichen Instrument die Messer verschiedener Grössen anbringen und sicher befestigen kann, anstatt für jede Grösse ein besonderes ganzes Tonsillotom anschaffen zu müssen. JONQUIÈRE.

90) **Josef Rabitsch** (Cairo). **Ein Fall von Initialsyphilis einer Tonsille.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 17. S. 306. 1887.*

Ulcus induratum der rechten Tonsille mit nachfolgender constitutioneller Syphilis bei einem 42 Jahre alten Arbeiter. Die Art der Entstehung wurde nicht aufgeklärt. Verf. schliesst aus den Zahlen seiner Beobachtung, dass wir in Bezug auf unnatürliche Befriedigung des Geschlechtstriebes moralischer geworden seien, als die Alten. B. FRAENKEL.

91) **P. Massucci** (Neapel). **Ein Fall von primärer syphilitischer Sclerose der Tonsillen. (Un caso di sclerosi sifilitica primaria delle tonsille.)** *Archivio internazionale di Otojatria, Rinojatria etc. Anno III. 1.*

Ein junges Mädchen (virgo) fühlte Anfang Januar Schmerzen beim Schlucken. Pinselung der Mandeln mit Jodglycerin brachte keine Besserung. M. fand die rechte Mandel stark vergrössert, knorpelhart, uneben; die Schleimhaut blass rosa gefärbt zeigt Substanzverluste. Linke Mandel nicht vergrössert, zeigt einige Schleimpapeln. Halsdrüsen geschwellt, ebenso Inguinaldrüsen. Starke Roseola. An den Genitalien nirgends ein Primäraffect zu entdecken. In welcher Weise die Infection der Mandelschleimhaut stattgefunden, wird nicht aufgeklärt,

M. citirt die drei von Tomaschewsky veröffentlichten Fälle dieser seltenen primären syphilitischen Mandelaffection. KURZ.

92) **Lennox Browne** (London). **Lymphosarcom der Tonsille und des Pharynx. (Lymphosarcoma of the tonsil and pharynx.)** *Brit. Med. Journal. 2. April 1887.*

Demonstration des Patienten vor der Medical Society of London am 28. März 1887. Die tief herabreichende Neubildung war bereits eine Woche nach ihrer chirurgisch allerdings sehr unvollkommenen Exstirpation recidivirt, und sollte nunmehr gründlicher entfernt werden. SEMON.

d. Diphtheritis und Croup.

93) **A. Jacobi. Localbehandlung der Diphtherie. (Local treatment of diphtheria.)** *New-York Medical Record. 9. April 1887.*

Die Arbeit ist eine praktische und behandelt hauptsächlich die Therapie dieser Krankheit. Die grosse Erfahrung des Autors macht seine kritische Besprechung besonders werthvoll. Einiges möge hier folgen:

Er erklärt zuerst, dass die constitutionelle Diphtherie mit der septischen Absorption zu vergleichen ist, wie sie bei Wunden und Puerperalprocessen vorkommt. Deshalb sind wir verpflichtet, principiell die Methode einzuschlagen, welche bei chirurgischen Wunden und beim Puerperalfieber am dienlichsten ist, d. h. die locale Desinfection. Sie kann erfüllt werden, indem man die Membran entfernt oder, besser, auflöst, oder sie unschädlich macht, gleichgültig, ob man sie leicht sehen kann oder nicht. Denn nach Allem ist das Vorhandensein der

Membran das charakteristische Symptom dieser Krankheit und, durch Absorption, die ständige Quelle der zunehmenden Infection des Organismus.

Papayotin löst sich leicht in 20 Theilen Wasser. Es löst sicher die Membran und kann injicirt oder auf die Membran gepinselt oder als Spray angewendet werden.

Die Dampfinhalation ist sehr zweckmässig beim Catarrh der Respirationsorgane, ferner bei entzündlichen und diphtheritischen Affectionen. Sie hat sich auch bei fibrinöser Tracheobronchitis sehr zweckmässig erwiesen. Aber sie kann gefahrvoll werden durch Verdrängung des Sauerstoffs und Ueberhitzung des Zimmers oder des Zeltes.

Der Nutzen des Kalkwassers und der Milchsäure ist sehr überschätzt worden. Kalisalze sind oft empfohlen worden, haben aber oft im Stich gelassen.

Glycerin ist ein nützliches Adjuvans, sowohl äusserlich wie innerlich, aber nichts weiter.

Terpenthininhalationen verdienen weitere Versuche, obwohl sie natürlich wirksamer sind bei rein entzündlichen als bei diphtheritischen Processen.

Inhalation von Salmiak, auf einem Ofen erhitzt oder auf glühenden Kohlen verbrannt, wirkt bei catarrhalischen und entzündlichen Processen günstig und sollte weiter versucht werden als Hilfsmittel für die Maceration der Membranen.

Natrium benzoicum verdient nicht das Lob, welches man aus theoretischen Gründen ihm ertheilt.

Eucalyptus, Schwefel, Copaivbalsam und Cubeben sind empfohlen worden und verdienen den Vorzug vor anderen Applicationen wegen ihrer Wirkung auf die catarrhalischen Schleimhäute.

Brom, innerlich und äusserlich, wird warm empfohlen.

Borsäure, in starken wie in schwachen Lösungen, wird zur localen Anwendung auf membranöse Ablagerungen im Allgemeinen wie auf die diphtheritische Conjunctiva im Besonderen empfohlen.

Carbolsäure ist sowohl local, wie intern angewandt, je nach dem Zweck, den man erreichen will, von Nutzen. Sie kann in concentrirter Form wie in 1 procent. Lösung gegeben werden. Wenn man sie zu Naseneinspritzungen gebraucht, so muss man darauf achten. dass nicht zu viel verschluckt wird.

Salicylsäure wirkt in concentrirter Form als Causticum; in schwächeren Lösungen zerstört sie den Foetor. Die Salicylsalze wirken nur als Antifebrilia.

Zerfliessliche Caustica sind gefährlich. Verletzung der Mundschleimhaut ist zu vermeiden. Mineralsäuren und besonders Carbolsäure sind vorzuziehen, wenn ihre Application auf die gewünschte Stelle beschränkt werden kann.

Adstringentia, wie Tannin und Alaun wirken nicht günstig genug, um ihre Empfehlung in den meisten Fällen zu rechtfertigen.

Eisenchlorid gehört zu den zuverlässigsten antiseptischen und adstringirenden Mitteln. Kleine Dosen in grossen Intervallen sind ganz zwecklos. Mässige Dosen, oft wiederholt, haben eine befriedigende allgemeine und locale Wirkung.

Die Frage betreffs der Concentration oder Verdünnung der Antiseptica ist eine sehr wichtige. In der Erkenntniss, dass Bacterien starke Gegengifte erheischen, ist Jacobi gleich Anderen der Meinung, dass man die Bacterien und deren Gifte nicht zerstören könne, weil die Antiseptica, welche im Stande wären,

die Bacterien zu tödten, zuvor das Blut und die Gewebe vernichten würden. Das ist jedoch glücklicher Weise ein Irrthum. Nicht der Concentrationsgrad ist massgebend, sondern nur die Dauer der internen oder localen Anwendung. Eine permanente Irrigation einer 3procent. Lösung von Carbolsäure ist gefährlich; der gewünschte Effect kann aber durch eine schwächere Lösung erreicht werden, wenn sie oft oder beständig gebraucht wird.

Schliesslich besteht die Localbehandlung der Larynxdiphtherie in Emeticis, wie Zink, Kupfer etc., wenn halb gelöste Membranen zu entfernen sind, ferner in der Tracheotomie und Bougirung. LEFFERTS.

94) **J. Lewis Smith. Die Behandlung der Diphtherie. (The treatment of diphtheria.)** *Philadelphia Medical News. 12. April 1887.*

Für den Rachen wendet er Folgendes an:

℞ Acid. carb. 0,6.
Liq. ferr. subsulf. 12,0.
Glycer. 60,0.

Diese Lösung wird zweckmässig mit einem grossen Kameelhaarpinsel 2 oder 3 Mal täglich angewandt, bei schweren Fällen noch öfter.

Oder:

℞ Aq. Chlor. 30,0.
Natr. bicarb. 2,0.
Mell.
Glycer. aa 15,0.
Aq. Calc. 120,0.

Diese Lösung soll mit einem Handspray 1- oder 2stündlich angewendet werden. Wenn das Instrument gut geht, so genügen 3 oder 4 Compressionen des Balls.

Bei der Nasendiphtherie braucht er folgende Formel:

℞ Acid. boric. 8,0.
Natr. borat. 8,0.
Natr. chlor. 4,0.
Aq. 360,0.

Jede Waschung der Nasenlöcher ist warm und mit einem sauberen Instrument vorzunehmen.

Am Schlusse seiner Arbeit warnt er vor der Anwendung des Pilocarpin zur localen Behandlung der Diphtherie. In einigen medicinischen Journalen wird Pilocarpin innerlich empfohlen, weil es eine abundante Secretion und dadurch local eine erleichterte Ablösung der Pseudomembran bewirkt. S. kann bezeugen, dass diese Anwendung recht ungünstige Consequenzen haben kann. Die Herzaction wird schwach, die Bronchien und Alveolen füllen sich bald mit Secret oder seröser Ausschwitzung, es tritt äusserste Dyspnoë auf, und der Patient, welcher sich vor wenigen Stunden erträglich befunden hat, geht unter den Symptomen eines Lungenoedems zu Grunde. Wie zweckmässig auch das Pilocarpin bei Nephritis ist, in der activen Periode der Diphtherie scheint es nicht das geeignete Mittel zu sein und seine Anwendung ist äusserst gefährlich. LEFFERTS.

95) **John Irving** (Heanor). **Behandlung der Diphtherie vor und nach der Betheiligung des Kehlkopfs. (Treatment of diphtheria before and after the larynx is involved.)** *Brit. Med. Journal. 8. Januar 1887.*

J. hält das Eisen und die Carbolsäure nicht nur für prophylaktisch, sondern für specifisch wirksam bei der Diphtherie, so lange der Larynx noch nicht betheiligt ist. Für ein 1jähriges Kind verordnet er Folgendes:

℞ Ferr. dialys. 2,0.
Glyc. acid. carb. pur. 2,0.
Glycerini 6,0.
Syr. spl. 6,0.
Misc. bene adde aq. 60,0.
DS. Zweistündlich 4 Gr. zu geben.

Diese Mixtur ist nutzlos, sobald der Larynx betheiligt ist. In einem Fall, wo die Tracheotomie verweigert wurde und die Prognose hoffnungslos zu sein schien, erhielt er ein vorzügliches Resultat von folgender Formel:

℞ Kalii jodat. 0,3.
1 proc. Sol. nitroglyc. gtt. 4.
Vin. antimon. gtt. 18.
Glycer. 8,0.
Aq. ad. 60,0.
DS. Zweistündlich 4 Gr. zu geben.

A. E. GARROD.

96) **C. E. Billington. Localbehandlung bei Diphtherie. (Local treatment in diphtheria.)** *Philadelphia Med. News. 26. März 1887.* Ferner: *New-York Med. Record. 9. April 1887.* Besprechung der Arbeit von verschiedenen Fachleuten in: *Philadelphia Med. News. p. 386. 2. April 1887.*

Die Indicationen für die Localbehandlung sind:

1. Die Entzündung zu beseitigen.
2. Eine allmälige von der Haut ausgehende Verdünnung und Erweichung der Membranen zu bewirken.
3. Durch antiseptische Massregeln die septische Absorption zu verringern.

In erster Reihe hat das häufige Schlucken von Wasser, Milch oder anderen milden Flüssigkeiten die gute Wirkung die Theile rein zu waschen. Eis und Eisgetränke wirken auch wohlthätig auf die vorhandene Entzündung ein. Von den medicinischen Mitteln glaubten Viele lange Zeit, dass Tinct. ferr. chlor. und Kali chloric. die erste Stelle einnähmen. Mischt man die Eisentinctur mit Glycerin im Verhältniss von 1 : 8, so ist sie sehr angenehm für den Geschmack und kann stündlich mit ein wenig Wasser gegeben werden. Kali chloricum kann in folgender Formel angewendet werden:

℞ Kal. chlor. 2,5.
Glycer. 15,0.
Liqu. calcis 75,0.
Theelöffelweise zu nehmen.

In vielen Fällen reizte die Eisentinctur zu sehr den Hals. Während Dr.

Billington diesem Mittel einen positiven Werth beilegt, so hält er es doch nicht für wesentlich für eine glückliche Behandlung der Diphtherie. Es giebt andere Mittel, welche an seiner Stelle anzuwenden sind und unter diesen verweist er auf Nat. benz. und Brom. Was die Gurgelwässer betrifft, so sind viele Patienten zu jung, um sie anzuwenden, und für die Aelteren selbst sind sie zu ermüdend und unwirksam.

Eine Spritze ist allgemeiner anwendbar. Irgend eine gewöhnliche Spritze von 15 oder 30 Grm. Wasser wird genügen und warmes Wasser mit gewöhnlichem Salz ist vielleicht ebenso gut, wie irgend etwas Anderes. Es hat jedoch auch die Spritze ihre Grenzen und ihre Gefahren. Der Pharynx mit seiner zarten Schleimhaut verträgt keine rohe Behandlung; es ist daher nothwendig, mit grosser Behutsamkeit vorzugehen. Diese Methode sollte niemals angewendet werden, wenn ein Stück Membran sich theilweise gelöst hat. Bei der Nasendiphtherie ist die Spritze so lange im Gebrauch, dass es überflüssig wäre, über ihren Nutzen zu sprechen; aber auch hier ist grosse Vorsicht nothwendig. Die Hauptschwierigkeit besteht in dem Widerstand, welchen kleine Kinder leisten, aber dieser ist bei geeigneter Vorsicht zu überwinden. Die Flüssigkeit sollte mit genügender Kraft eingespritzt werden und die Einspritzung muss lange genug dauern, um die Wege gründlich zu reinigen. Der Arzt sollte stets selbst die Spritze anwenden, um sicher zu sein, dass das Verfahren zweckmässig geübt werde. Es genügt, dies 2 oder 3 Mal zu thun. Der Spray besitzt deshalb gewisse Vortheile, weil die Methode eine sanfte und reizlose ist. Bei der Nasendiphtherie ist er jedoch nicht so zweckmässig, wie die Spritze. Was die Lösung der Membran betrifft, so ist das Kalkwasser nicht zu verwerthen, wenn eine schnelle Wirkung nothwendig ist. Im Allgemeinen ist es jedoch von positivem, therapeutischen Werth wegen seiner allmäligen Wirkung. Eine einfache Formel ist 0 5 Acid. carbol. auf 120,0 Kalkwasser, welches halbstündlich angewandt werden kann. Milchsäure, Pepsin und andere ähnliche Mittel sind oft empfohlen worden, aber ihr practischer Werth als Lösungsmittel ist nicht genügend erwiesen. Trypsin und Papayotin jedoch sind mit guten Resultaten angewandt worden. Folgende Formel erwies sich für Trypsin zweckmässig:

℞ Trypsin. 0,75.
Natr. bicarb. 0,3.
Aqu. 45,0.

Papayotin wird in 5proc. Lösung angewendet. Zur Unterstützung wurden oft Dampfinhalationen gemacht. Es ist jedoch daran zu erinnern, dass der erhitzte Kalkwasserdampf nichts anderes als einfaches Wasser ist und wenn man wirkliche Kalkdämpfe haben will, es nothwendig ist, Löschkalk zu haben.

LEFFERTS.

97) C. E. Billington. **Localbehandlung bei Diphtherie. Bemerkungen bei der Discussion in der therapeutischen Section der Academy of Medicine, 15. März. (Local treatment in diphtheria. Remarks suggested by the discussion in the section on practice of the Academy of Medicine, 15. März.)** *New-York Medical Record. 16. April 1887.*

Die in dieser Arbeit besprochenen Fragen sind bereits in dem ersten Artikel

über diesen Gegenstand von demselben Autor (s. vorstehende Referate) und in der der Vorlesung folgenden Discussion behandelt worden. Nur gewisse Punkte sind hier ausführlicher bearbeitet (vide Centralbl. II. p. 219 und 498 und die drei vorstehenden Referate). LEFFERTS.

98) **J. H. Fruitnight. Die Localbehandlung der Diphtherie. (The local treatment of diphtheria.)** *New-York Med. Record. 4. Juni 1887.*

Der Artikel empfiehlt den Gebrauch von Natr. subsulfuros. Dieses Mittel hat sehr wahrscheinlich eine Allgemeinwirkung, doch ist es als ein topisches anzuwenden, und möchte der Autors ganz besonders die Aufmerksamkeit darauf lenken. LEFFERTS.

99) **C. S. Bradfute. Einige Rathschläge zur Behandlung der Diphtherie. (A few suggestions upon the treatment of diphtheria.)** *Southern Clinic Richmond Va. Mai 1887.*

Kräftige Stimulantien, häufige Darreichung von Nahrung und blutgebende Tonica sind die Grundzüge der Behandlung. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

100) **S. W. Morehead. Belladonna zur Behandlung der Diphtherie. (Belladonna in treatment of diphtheria.)** *Jowa State Medical Reporter. April 1887.*

Der Nutzen der Belladonna liegt in der Controle, welche sie auf die Blutgefässe ausübt, indem sie das Durchtreten exsudativen Materials durch ihre Wände vermindert oder demselben vorbeugt. Daher sollte sie, wenn möglich im Beginn der Krankheit angewendet und so lange fortgesetzt werden, als die Neigung zur Bildung von Pseudomembranen besteht. Belladonna ist ferner nützlich als ein Gegenmittel gegen die Depression, die in den meisten Fällen herrscht. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

101) **E. L. Oatman. Localbehandlung der Diphtherie mit Sublimat. (Local treatment of diphtheria by the bichloride of mercury.)** *New-York Medical Record. 23. April 1887.*

Der Autor sagt: „Eisen in grossen Dosen und reichliche Stimulantien spielen gewiss eine wichtige Rolle in der Behandlung. Aber mit diesen allein verlor ich 10 von 23 Fällen während, seitdem ich daneben die Localbehandlung mit der Sublimatlösung anwende, ich nur einen von 34 hintereinanderfolgenden Fällen verlor". Er gebraucht eine Lösung von 0,12 : 360,0 Aq., womit er stündlich den Hals mittelst eines Wattebausches reinigt, bis die Krankheit nachzulassen beginnt, was gewöhnlich in 48 Stunden geschieht. (? Ref.)

Eisenchloridtinctur wird innerlich gegeben. LEFFERTS.

102) **George Chaffee. Pseudomembranöse Laryngitis. (Pseudomembranous laryngitis.)** *Medical Register Philadelphia. 18. Juni 1887.*

Bericht über zwei geheilte Fälle nach Gebrauch von Calomel, Gummi arab. und Liq. Peps. als Spray. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

103) **J. A. S. Grant-Bey. Mercur bei parasitären, contagiösen Krankheiten, insbesondere das Sublimat zur Behandlung der Diphtherie. (The employment of mercury in parasitic contagious diseases, more especially the use of the bichloride in the treatment of diphtheria.)** *New-York Med. Record. 5. März 1887.*

Nichts Neues. LEFFERTS.

104) B. Persh. **Bericht über die Behandlung verschiedener Fälle von Diphtherie mit Calomel innerlich und als Spray. Experimente über die Lösung der Pseudomembran dieser Krankheit. (Report of the treatment of several cases of diphtheria by the use of the mercuric chloride both internally and by spray, also of experiments made in the solution of the pseudomembrane of that disease.)** *Report Surgeon-general U. S. Army. p. 89—95. Washington, 1885/86.*

Die Arbeit ist mir nicht zugänglich. LEFFERTS.

105) C. S. Collins. **Wie ist die Diphtherie erfolgreich zu behandeln? (How to treat diphtheria successfully?)** *New England Med. Gazette. Januar 1887.*

Innerlich wird die Krankheit mit Sublimat, local mit „Monsel's Lösung" aus Ferr persulfur. behandelt. LEFFERTS.

106) J. S. B. Alleyne. **Therapie der Diphtherie. (Therapeutics of diphtheria.)** *St. Louis Courier of medecine. Januar 1887.*

Eine lange, gut geschriebene Arbeit, die jedoch für die Leser des „Centralblatts" nichts Neues enthält. LEFFERTS.

107) Mirachi. **Bemerkung über die Behandlung der Diphtherie mit Natrium benzoicum, Brief an Dujardin-Baumetz. (Note sur le traitement de la diphthérie par le benzoate de soude, lettre à M. Dujardin-Baumetz.)** *Le monit. thérapeut. No. 2. Februar 1887.*

M., welcher 1880 die guten Wirkungen des Natr. benz. bei dieser Affection gerühmt hatte (Gaz. des hôp. p. 932), erklärt mit Bedauern, dass er seitdem auch zahlreiche Misserfolge mit diesem Mittel allein gehabt habe. Er hat die Absicht, auch Calc. sulfur. (Methode von Blondel) zu geben, um zu sehen, ob er bessere Resultate erhalte. E. J. MOURE.

108) X. **Behandlung der Pharynxdiphtherie mit Chinolin. (Traitement de la diphthérie pharyngée par la chinoline.)** *Revue génér. de Clinique et Therapie. p. 143. 21. April 1887.*

Das Medicament wurde zum Pinseln gebraucht und zwar in einer 10 proc. Lösung. E. J. MOURE.

109) Ausaloni. **Behandlung der Diphtherie mit Chlorcalcium und Digitalin. (Traitement de la diphthérie par le chlorure de calcium et la digitaline.)** *Le monit. thérapeut. No. 2. Februar 1887.*

A. berichtet mehrere nach der Methode von Galicier behandelte Fälle und versichert, dass er sie hinsichtlich der Resultate nur rühmen kann. E. J. MOURE.

110) Osiecki. **Behandlung der Diphtherie. (Traitement de la diphthérie.)** *Journal de méd. et chir. pratiques. No. 2. p. 85. Februar 1887.*

O. empfiehlt Pinselungen mit Benzoëtinctur oder Ratanhia und Aloë und Einblasungen von Tannin, Schwefel und Kal. chloric. E. J. MOURE.

111) Vesta M. W. Schwartz. **Styptica und deren specielle Anwendung zur Behandlung der Diphtherie. (Styptica; the special use of in the treatment of diphtheria.)** *Med. and Surg. Reporter. Philadelphia, 19. Februar 1887.*

Ohne Micrococcen giebt es keine Diphtherie, und wenn man deren Wachs-

thum frühzeitig verhindern kann, so hört der Process auf. Theoretisch kann dies geschehen, indem man sie ihres Nährmaterials beraubt. Practisch hemmen Styptica die fibrinöse Exsudation und führen zur Heilung. Ferr. subsulfur. ist das hierzu angewandte Mittel. LEFFERTS.

112) **W. F. Sharrer. Diphtherie. (Diphtheria.)** *Medical Register. Philadelphia, 16. März 1887.*

In der Behandlungsmethode des Autors liegt nichts Neues, ausser dass er das Gesetz aufstellt und in seinem Artikel mit gesperrten Worten preist: „Reinige niemals den Hals des Kranken“. LEFFERTS.

113) **Mora. Angina diphtheritica. (De l'angine diphthéritique.)** *Courrier méd. No. 1. 1. Januar 1887.*

M. empfiehlt stündliche Inhalationen einer Mischung von 1 Theil Schwefel auf 2 Theile gebrannten Alaun. E. J. MOURE.

114) **Bonamy** (Nantes). **Neue Versuche über Inhalationen eines Eucalyptusinfus bei Diphtherie. (Nouveau essais des vaporisations d'infusion d'eucalyptus dans la diphthérie.)** *Bulletin génér. de thérap. 3. April 1887.*

Von 9 Fällen von Diphtherie sind 5 Kranke, welche einfache Anginen hatten, geheilt worden. Von den 4 anderen, welche Larynxdiphtherie hatten, sind 2 geheilt, 2 gestorben. B. meint, dass die Inhalationen eine die Membranen lösende Wirkung besitzen, und dass dieses Mittel, im Ganzen genommen, unfehlbar ist. E. J. MOURE.

115) **Ox. Gegenwärtige Behandlung der Diphtherie. (Traitement contemporain de la diphthérie.)** *Thérap. rationnelle. No. 42. März 1887.*

Verf. rühmt die Methode von Dr. Renou in einem pharmaceutischen Reclame-Journal. E. J. MOURE.

116) **Barbot. Behandlung der Diphtherie nach der Methode von Renou. (Traitement de la diphthérie; méthod de Renou.)** *Gaz. des hôp. No. 9. 20. Jan. 1887.*

B. will nach dieser Methode 48 von 51 Kranken geheilt haben. Sie besteht darin, dass man in ein Gefäss mit kochendem Wasser, welches im Zimmer verdampft, zwei Esslöffel voll Renou'scher Flüssigkeit thut.

Diese glänzenden Ziffern haben sich die Heilmittelsucher wohl kaum träumen lassen. E. J. MOURE.

117) **D. Paterne. Antiseptische Inhalationen zur Behandlung der Diphtherie. Studie über die im Hôtel dieu in Orléans beobachteten Fälle von Croup. (Des vaporisations antiseptiques dans le traitement de la diphthérie. Etude sur les cas de croup observés à l'hôtel Dieu d'Orléans.)** *Thèse de Paris. No. 113. 1887.*

P. bestätigt zunächst die mikrobiotische Natur der Diphtherie. Hierauf bespricht er die verschiedenen angewandten Behandlungsmethoden und giebt den Dämpfen den Vorzug, weil sie am besten in die kranken Theile eindringen. Er empfiehlt besonders Carbolsäure. Die Resultate, welche im Krankenhause zu Orléans erhalten wurden, ergeben 80 pCt. Heilungen. E. J. MOURE.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

118) Spiro (Odessa). **Eine Epidemie von Husten und Niessen im Odessaer israelitischen Kinder-Asyl. (Ob epidemi tschichanja i kaschlja, raswifschessja w Odesskom Jewreskom Sirotskom Dome.)** *Pr. Obs. Odes. Wr. No. 11 1886.*

In einem Kinderasyl erkrankten von 40 Mädchen 23 und von 75 Knaben 7 an einer merkwürdigen Form von Husten verbunden mit Niessen. Die Patienten standen im Alter von 8—13 Jahren. Die Krankheit begann mit einem leichten trockenen Husten, der immer heftiger wurde und zu dem sich starke Niessbewegungen hinzugesellten. Der Husten war bald dumpf, bald bellend, bald heiser, bald rauh etc. mit verschiedenen Beilauten, die bald einem Geheul. bald einem Gebell glichen. Irgend welche catarrhalischen Erscheinungen oder Hustenanfälle, die dem Keuchhusten glichen, fehlten vollständig. Das Husten und Niessen dauerte den ganzen Tag und war besonders stark, sobald sich die Patienten in grösserer Anzahl versammelten. Häufig angestellte rhino- und laryngologische Untersuchungen gaben stets nur negative Resultate. Bei einigen Patienten wurden während des Hustens leichte Zuckungen im Gebiete des Facialis beobachtet. Sonst waren die Kinder vollkommen gesund, die Temperatur war stets normal, Appetit und Schlaf gut. Verf. glaubt diese Erscheinung zu den Respirationsneurosen zuzählen zu können, die durch Nachahmungssucht Verbreitung unter den Kindern fand. So bemerkte man einmal, wie ein Knabe einen anderen zu husten lehrte. — Dass auch Simulation mitunter im Spiele war, davon konnte Verf. sich dadurch überzeugen, dass ein Knabe, der auch zu husten angefangen hatte, sofort damit aufhörte, als ihm mit Strafe gedroht wurde. Von allen angewandten Mitteln, wie Cocaïn, Chloralhydrat, Solut. Fowleri etc. half keins; das einzige wirksame war zeitweilige Entfernung aus dem Asyl. Ausserhalb des Asyls hörte Patient bald auf zu husten und zwar ohne jegliche Behandlung. LUNIN.

119) Sonnenberger (Worms). **Ueber Pathogenese und Therapie des Keuchhustens, sowie über eine neue Behandlungsmethode desselben.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 14. S. 280. 1887.*

Nach einer kritisch-referirenden Betrachtung über die Aetiologie und die Therapie des Keuchhustens, empfiehlt S. als das beste Mittel den inneren Gebrauch von Antipyrin 0,01—1,0 (je nach dem Alter) dreimal täglich.

B. FRAENKEL.

120) Arentzenius. **Keuchhustenbehandlung mit Resorcin und dem pneumatischen Cabinet. (Kinkhoestbehandeling met Resorcine en met het pneumatisch Kabinet.)** *Weekblad van het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde. No. 3. 1887.*

Nach einer historischen Uebersicht der Keuchhustentherapie und besonderer Hervorhebung der Resorcinbehandlung kommt der Autor auf die Behandlung im pneumatischen Cabinet zu sprechen und gelangt an der Hand eigener Erfahrungen zu dem Schluss, dass „die Behandlung des Keuchhustens mit verdichteter Luft im pneumatischen Cabinet das einzige rationelle und „decisive“ Heilmittel sei.

BAYER.

121) **Hal Foster. Neue Behandlungsmethoden des Keuchhustens. (The new methods of treating hooping cough.)** *Kansas City Med. Record. Januar 1887.*

0,12—0,48 Cocaïn. mur. auf 30 Aq. mittelst continuirlichen Sprays auf Larynx und Pharynx 2stündl. applicirt.

Ebenso wird Resorcin (0,12—0,24 : 30 Aq.) 3stündl. als Spray abwechselnd angewandt.

Unter dieser Behandlung lassen, so meint der Autor, die Hustenanfälle bald nach. LEFFERTS.

122) **Moizard. Behandlung des Stickhustens mit antiseptischen Naseninsufflationen. (Du traitement de la coqueluche par les insufflations nasales antiseptiques.)** *Journal de méd. et de chir. prat. Mai 1887.*

M. resumirt, was man über diese Frage weiss und erklärt, dass er mit seinem Collegen Cartaz Gelegenheit hatte, analoge Fälle zu sehen. Die Erfahrung beider Autoren bestätigt die Ansicht von Michael über diesen Gegenstand. E. J. MOURE.

123) **Llewellyn Elliott. Narcein gegen Keuchhusten. (Narceine in hooping cough.)** *Journal Am. Med. Assoc. 22. Januar 1887.*

Die Erfahrung des Autors mit diesem Mittel (nur ein Fall beobachtet. Ref.) ist ungünstig. LEFFERTS.

124) **Misrach (Salonica). Chinin zur Behandlung des Keuchhustens. (De la quinine dans le traitement de la coqueluche.)** *Correspondance du Bulletin de Thérap. 15. März 1887.*

M. bringt eine Beobachtung zur Stütze dieser Behandlung. E. J. MOURE.

125) **C. Paul (im Namen von Goldschmidt). Behandlung des Keuchhustens mit Carbolzerstäubungen. (Du traitement de coqueluche par les pulvérisations phéniques.)** *Société de thérapeut. 23. Februar 1887.*

Der Titel zeigt an, um was es sich handelt. E. J. MOURE.

126) **Davezac. Keuchhusten und Carbolsäure. (Coqueluche et acide phénique.)** Société de méd. de Bordeaux in *Journal de méd. de Bordeaux. No. 34. 20. März 1887.*

D. empfiehlt Carbolzerstäubungen 15 : 500. E. J. MOURE.

127) **Jumont. Behandlung des Keuchhustens. (Traitement de la coqueluche.)** *France méd. No. 41. 5. April 1887.*

Kritische Besprechung der Arbeiten von Bachem, Michael, Mohn, Keppler, Bianchi (A.), Misrach, Labadie, Lagrave und Herff; sehr unvollständig. E. J. MOURE.

128) **Ch. Willems. Die Behandlung des Keuchhustens. Rundschau. (Le traitement de la coqueluche. Revue par le Dr. Ch. Willems.)** *Annales et Bulletins de la Société de Médecine de Gand. Janvier 1887.*

Der Titel zeigt, um was es sich handelt. BAYER.

129) **Keppler (Wien). Ueber Keuchhustenbehandlung.** *Wiener med. Blätter. No. 5. S. 141. 1887.*

K. empfiehlt besonders die Inhalationen von Aqua picea und Aqua destillat. aa p. aeq., welche 3—4mal täglich durch 2—5 Minuten angewendet werden.

Schon in der 2., seltener in der 3. Woche hatte die Krankheit den Charakter eines einfachen Catarrhs. Auch prophylactisch bewährte sich das Mittel gut. Ausserdem wendete er kleine Chiningaben und leichte Narcotica vor der Nachtruhe an und liess die Kinder in gleichmässiger Temperatur. Seit zwei Jahren hat K. mit dieser Therapie günstige Erfolge erreicht. CHIARI.

130) **W. H. Barlow** (Manchester). **Ueber respiratorische Krämpfe mit besonderer Berücksichtigung des Laryngismus stridulus und verwandter Affectionen in der Kindheit. (On respiratory convulsions with especial reference to laryngismus stridulus and allied conditions in infancy.)** *Brit. Med. Journal. 15. Juni 1887.*

In dieser vorzüglichen Arbeit bespricht B. die so gewöhnlichen Krämpfe in der Kindheit. Er zeigt, wie das Ueberwiegen der niedrigsten motorischen Centren in dieser Lebensperiode das Kind besonders zu Krämpfen geneigt macht, welche auf die geringste Ursache erfolgen.

Er legt besonderen Nachdruck auf die Anämie aus irgend welcher Ursache, ohne gastrische Störungen.

B. liefert eine Statistik, worin er die Betheiligung der Geschlechter an Krämpfen, den Einfluss der Jahreszeit und der Rachitis zeigt. Die Behandlung sollte gegen die Venosität des Blutes gerichtet sein, indem man jedes Hinderniss der freien Respiration beseitigt und für Zufuhr reiner und warmer Luft sorgt.

Die Anwendung von kaltem Wasser auf Kopf und Brust, von heissen Schwämmen auf den Hals, das Herbeiführen von Erbrechen durch den Finger können alle einen Anfall schnell beseitigen.

Ein warmes Bad bringt oft Besserung, Chloroform ist bisweilen nützlich, ebenso ein Stärkeklystier mit Chloral. Ist das Zahnfleisch geschwollen, soll man incidiren, Würmer sind zweckmässig zu behandeln. Wenn das Gesicht sehr livide ist, so können Blutegel an die Nasenlöcher oder Schläfen gesetzt werden.

Nahrhafte Diät und Leberthran sind zu verabreichen; die Kleidung soll eine warme sein; für Stuhlgang ist zu sorgen. Bromide, besonders Bromammonium allein oder mit Chloral, sind sehr zweckmässig. Andere Mittel, wie Moschus, sind zuweilen nützlich. A. E. GARROD.

131) **Cadet de Gassicourt** (Paris). **Ein Fall von allgemeinem Emphysem in Folge von Laryngospasmus. (Un cas d'emphysème généralisé consécutif à une laryngite striduleuse.)** *Rev. mens. des malad. de l'enf. Februar 1887.*

C. de G. bemerkt, dass noch kein Autor den Laryngospasmus als Ursache von Emphysem bezeichnet habe. Er berichtet einen Fall bei einem 5jährigen Mädchen, wo das Emphysem sich auf den Hals und die vordere Partie des Thorax localisirt hatte. Verf. glaubt, dass dasselbe von den Lungen seinen Ausgang genommen habe. Es verschwand erst 13 Tage nach seinem Auftreten. Die Prognose hängt von der Entstehungsursache ab. E. J. MOURE.

132) **G. H. Fink** (India). **Functionelle Aphonie bei einem Sikhsoldaten. (Functional aphonia in a Sikh soldier.)** *Brit. Med. Journal. 4. Juni 1887.*

Ein Sikh-Soldat, 20 Jahre alt, wurde plötzlich vollkommen aphonisch. Er erlangte in wenigen Stunden seine Stimme wieder nach Darreichung eines Eme-

ticums, heissen Umschlägen auf Hals und Nacken und einer Dosis von 1,25 Bromkalium.

Der Patient war nach Aussehen, Sprache und Wesen ein Weib und von furchtsamer Natur. A. E. GARROD.

133) **George P. Rugg** (London). **Aphonie, Heilung eines für unheilbar Gehaltenen. (Aphonia, recovery of a supposed incurable.)** *Brit. Med. Journal. 9. Juli 1887.*

Bemerkungen über einen Fall von hysterischer Aphonie, welcher als Insasse für ein Krankenhaus für Unheilbare erwählt worden war, da man angenommen hatte, dass er an einer organischen Gehirnkrankheit mit Larynxparalyse litte (!). Der Patient bekam plötzlich seine Stimme wieder. A. E. GARROD.

134) **H. F. A. Goodridge** (Bath). **Behandlung der Dyspnoëparoxysmen beim Aneurysma des Arcus aortae. (On the treatment of paroxysmal dyspnoea occurring in aneurysm of the arch of the aorta.)** *Brit. Med. Journal. 4. Juni 1887.*

In dieser Arbeit legt G. besonderes Gewicht auf eine richtige Diagnose des Sitzes des Hindernisses in Fällen von Dyspnoe beim Aneurysma, bevor man zur Tracheotomie schreitet.

Er betont, dass das Hinderniss im Larynx sitzen kann; alsdann wird die Tracheotomie Besserung schaffen. Ist aber das Hinderniss in der Trachea, bedingt durch den Druck eines Aneurysma, dann ist diese Operation zwecklos.

In einzelnen Fällen sitzt das Hinderniss in beiden Gebilden, alsdann wird die Tracheotomie nur eine partielle Besserung geben. In Fällen, wo die Tracheotomie nicht von Nutzen ist, empfiehlt die Blutentziehung ein Verfahren, welches die Congestion beseitigt, die locale Schwellung der Schleimhaut vermindert und den Krampf löst.

Die Blutentziehung setzt ferner den arteriellen Druck herab, dessen temporäres Ansteigen, indem es den Umfang des Aneurysma vermehrt, einen Paroxysmus hervorrufen kann. In Fällen, wo er Blutentziehung: contraindicirt ist, hat er gute Resultate erhalten durch die subcutane Injection von Atropin in genügenden Dosen, um Mydriasis herbeizuführen. A. E. GARROD.

135) **Frank Donaldson, jr. Lähmung des seitlichen Adductormuskels des Larynx nebst einem einzig dastehenden Fall. (Paralysis of the lateral adductor muscle of the larynx with unique case.)** *New-York Med. Journal. 12. Februar 1887.*

Der Autor berichtet einen interessanten Fall dieser seltenen Läsion, wobei er jedoch keinen positiven Beweis für die Erkrankung des Gehirns oder der Nervenstämme bringt. Patient, 53 Jahre alt, zeigte bei der laryngoscopischen Untersuchung, dass das linke Stimmband in äusserster Abduction stand, unbeweglich während der Respiration und Phonation. Obwohl das rechte Stimmband bei der Phonation bis über die Mittellinie hinaus adducirt wurde, so befand sich doch noch eine beträchtliche Oeffnung zwischen den Stimmbändern. Die Giessbeckenknorpel waren gesund. Es wird dieses Factum besonders betont, da es wohl bekannt ist, dass die Symptome einer Paralyse durch Zerstörung oder Schwächung eines der Giessbeckengelenke in Folge von Ossification oder eines anderen krankhaften Vorganges hervorgerufen werden können. Ein vorhergegangener An-

fall von starken Schmerzen hinter dem Ohre, mit nachfolgender Taubheit und Stimmverlust wies auf eine Affection des Gehirns als Ursache der Störung hin. [? Red.].

Die Behandlung war von keinem Nutzen, und nach den letzten Berichten war keine Aenderung in dem Befinden des Patienten eingetreten.

Die Seltenheit dieses Falles regt natürlich die Frage an, ob sowohl bei cencentraler (Gehirn-) als bei peripherer (Nervenstamm-) Affection die Abductoren stets regelmässig afficirt werden? Oder, um dies allgemeiner hinzustellen, warum wir in solchen Fällen das Stimmband in der Mittellinie (in Phonationsstellung) fixirt finden? Es giebt hierfür verschiedene Erklärungen von den verschiedenen Autoritäten, welche der Autor zu besprechen sich anschickt.

Zuerst die von Semon, welche eine geringere Widerstandsfähigkeit der Erweitererfasern organischen pathologischen Einflüssen gegenüber annimmt. Dann die von Krause, welcher die Atrophie der Erweiterer auf ihre mechanische, nicht paralytische Unbeweglichkeit zurückführt. Donaldson theilt sodann einige eigene sowie die von Semon und Horsley veranstalteten Experimente mit und kommt zu dem Schluss, dass er numehr mit Berücksichtigung aller Umstände Semon dahin beiflichten muss, dass diejenigen Fälle, wo das Stimmband in Phonationsstellung fixirt gefunden wird, echte Paralyse des Erweiterers und nicht Krampf der Adductoren sind. Ferner kann die constante Betheiligung des Erweiterers auf Grund einer grösseren Reizbarkeit des Abductors oder der Nervenfasern erklärt werden. Denn in Fällen von einseitiger oder doppeltseitiger Läsion der Stimmbänder durch ein Aneurysma oder einen Tumor wirkt der constant von beiden auf den Nerv ausgeübte Druck als ein mechanischer Reiz auf denselben und die reizbareren Abductoren zeigen deshalb zuerst als Folge dieses constanten Reizes den Verlust ihrer Function. [? Red.]. LEFFERTS.

136) **Richard Kayser** (Breslau). **Ein Fall von Fremdkörper im Kehlkopf.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 6. 1887.*

Ein 10jähriges Mädchen hatte beim Essen von Pflaumenmuss ein vertrocknetes verkohltes Stück in den Kehlkopf gebracht, das vom Verf. entfernt wurde. Der Fall ist bereits referirt in No. 1, Jahrgang III. des Internat. Centralblattes Seite 22. SCHECH.

137) **G. W. Major. Entfernung einer in den Larynx eingekeilten Nussschale. (Removal of a nut-shell impacted in the larynx.)** *Canada Medical and Surg. Journal. Mai 1887.*

Patient war 11 Monate alt; die Diagnose des Fremdkörpers wurde mit dem Finger festgestellt. Der Fremdkörper wurde mit einer gebogenen Larynxsonde entfernt, nachdem verschiedene Zangenversuche voraufgegangen waren. Man kann den Autor zu seinem Erfolge in einem so schwierigen Fall und bei einem so jungen Patienten nur beglückwünschen. LEFFERTS.

138) **Charles Boyce** (Maidstone). **Fremdkörper in den Luftwegen. (Foreign body in the air-passages.)** *Lancet. 28. Mai 1887.*

Ein 20jähriger Mann wurde von einem Hundekarren geworfen und betäubt.

Er rauchte eine Holzpfeife mit einem vulcanisirten Mundstück zur Zeit des Unfalls. Als er nach Hause gebracht wurde, bestanden, obwohl der Patient stark gequetscht war, keine Athembeschwerden, die Ausdehnung des Thorax war unvermindert, desgleichen der Schall; keine Respirationsgeräusche.

Husten war nicht vorhanden, die Athmung nicht beschleunigt. Patient empfand weder Schmerzen, noch Unbequemlichkeiten, nur wenn er auf dem Rücken im Bett lag, bestand pfeifende Respiration. Zwei Monate nach dem Unfall verschluckte er eine kleine Fischgräte beim Frühstück. Dieselbe verursachte einen heftigen Hustenanfall, während welches er einen Theil des vulcanisirten Mundstückes der Pfeife, die er damals geraucht hatte, herausbrachte. Gleichzeitig wurde ein tiefliegender Schmerz am Sternalende des rechten Schlüsselbeins gefühlt.

B. ist geneigt anzunehmen, dass der Fremdkörper quer in der Trachea an der Bifurcationsstelle liege, und dass seine Lage allmälig geändert werde, sobald der Patient auf dem Rücken liegt. Man hatte diesen Zustand niemals vermuthet, weil er ganz symptomlos war. A. E. GARROD.

139) **J. Appleyard** (Bradford). **Metallener Stiefelhaken im Kehlkopf. (Brass boot-hook in larynx.)** *Med. Press and Circular. 2. Februar 1887.*

Ein 5jähriger Knabe verschluckte einen metallenen Stiefelschnurhaken und Oese am 10. November 1886. Als er am 20. vorgestellt wurde, erzählten seine Verwandten, dass er seit dem 17. täglich gebrochen habe. Er hatte etwas Husten, Heiserkeit und Schmerzen über der Trachea, oberhalb des Sternum. Pharynx und Kehldeckel waren röther als normal, aber ein Fremdkörper war nicht zu sehen. Es waren keine Symptome vorhanden, die auf eine Störung des Lufteintritts in die Lungen hindeuteten. Das Kind wurde zu Bett gebracht und überwacht. Am 27. November wurde der Haken ausgehustet, nachdem er 10 Tage in den oberen Luftwegen verweilt hatte.

A. glaubt, dass der wahrscheinliche Sitz des Hakens im Morgagni'schen Ventrikel gewesen sei. A. E. GARROD.

140) **Chas. Fauvel. Ein eigenartiger Fall von Fremdkörper in dem oberen Luftcanal; Entfernung desselben. (Unique case of foreign body in the upper respiratory tract; removal.)** *New-York Med. Monthly. März 1887.*

Eine Zahnpiece mit künstlichen Zähnen, ein wenig oberhalb und hinter dem Glottiseingange, ungefähr an der Stelle des linken Sinus pyriformis gelegen. Die Entfernung geschah mit einer Kehlkopfzange nach geringen Schwierigkeiten. LEFFERTS.

141) **R. L. Vaught. Tracheotomie wegen eines Fremdkörpers. (Tracheotomy for a foreign body.)** *Nashville Journ. Med. and Surg. 2. S. XXXVIII. 542. 1886.*

Nichts von Bedeutung. LEFFERTS.

142) **J. G. O'Brien. Tracheelaryngotomie** (sic) **behufs Extraction eines Wassermelonenkerns aus den Luftwegen eines 1jährigen Kindes. (Tracheo-laryngotomy (sic) for the extraction of a water melon seed from the air-passages of a chield 12 months old.)** *Trans. Texas med. Assoc. Austin 230. 1886.*

Nichts von Bedeutung. LEFFERTS.

143) N. E. McCoy. **Behandlung eines Fremdkörpers im rechten Bronchus. Heilung. (Treatment of a case of foreign body in the right bronchus. Recovery.)** *Canada Lancet. Juni 1887.*

Der Fremdkörper, ein Pflaumenstein, wurde durch Husten aus der Tracheotomiewunde ausgestossen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

144) H. R. Wharton. **Einkeilung einer Stahlnadel im linken Bronchus während 23 Monaten, spontane Austreibung derselben nach der Tracheotomie. Heilung. (Steel pin impacted in left bronchus for twenty-three months; spontaneous expulsion after tracheotomy. Recovery.)** *Philadelphia News. 5. Februar 1887.*

Die Natur und der Ausgang des Falles — Patient war 7 Jahre alt — gehen aus dem Titel der Arbeit hervor. LEFFERTS.

145) **Discussion über die Chloroformirung bei der Tracheotomie** in der Société de chirurgie (Paris). Sitzungen vom 30. März, 6. u. 20. April 1887.

Ledentu (Paris) verliest einen Bericht über vier Beobachtungen von Tracheotomie, welche in der Chloroformnarcose von Houzel (Boulogne-sur-mer) ausgeführt wurden.

Lucas-Championnière erinnert daran, dass die Idee, bei der Tracheotomie zu chloroformiren, nicht neu sei. West habe ihm mitgetheilt, dass dieses Verfahren in England allgemein geübt werde. Terrier meint auch, dass diese Methode in der That nicht neu sei und schon seit langer Zeit nicht nur in England und Amerika, sondern auch in Paris befolgt werde.

Bichelot würde es lieber gesehen haben, wenn Houzel die Laryngotomia intercrico-thyreoidea ausgeführt hätte. Verneuil, Lefort, Berger, Th. Anger sprechen über die Fälle, wo man Chloroform ohne Gefahr geben kann und solche, wo man es vermeiden muss.

In der Sitzung vom 6. April nimmt

Terrier die Geschichte dieser Frage wieder auf und erwähnt, dass Gouguenheim bereits eine Dissertation über diesen Gegenstand habe ausarbeiten lassen und dass diese Frage also eine alte sei.

In der Sitzung vom 20. April erwiedert Ledentu, dass er in seinem Bericht nur habe sagen wollen, dass diese Praxis in Frankreich nicht verbreitet sei.

Peyrot bemerkt. dass das Chloroform auch bei der Uvulotomie anwendbar sei. Reclus führt Fälle dieser Art an, wo das Blut in die Luftwege floss, und der Kranke starb. Es sind das Thatsachen, die man kennen muss.

Aus dieser Discussion kann man keinen sicheren Schluss ziehen, wo das Chloroform nützlich, und wo es zu verwerfen ist. Um diese Frage zu entscheiden, scheint uns eine laryngoscopische Untersuchung unerlässlich. E. J. MOURE.

146) **Walter Whitehead** (Manchester). **Tracheotomie. (Tracheotomy.)** *Lancet. 30. April 1887.*

W. empfiehlt, die die Trachea bedeckenden Gebilde mit dem Raspatorium abzulösen, nachdem die Haut und die oberflächliche Fascie mit dem Scalpel gespalten worden. Das Raspatorium wird nicht nur angewendet, um die Muskeln abzulösen, sondern auch um die feste Fascie, welche abwärts vom Zungenbein bis einschliesslich des Isthmus der Schilddrüse läuft, zu spalten.

Da die Operation blutlos ist, so erscheinen die Ringe der Trache weiss auf dem Grunde der Wunde. Die Trachea kann dann sofort zwischen dem linken Zeigefinger und dem Daumen gefasst und eröffnet werden.

W. hat sehr befriedigende Resultate mit seiner Operationsmethode gehabt, welche sowohl bei der hohen, wie bei der tiefen Operation anwendbar ist.

A. E. GARROD.

147) **Pecco. Laryngoscopische und otologische Operationen. (Operazioni riferibili alla laringologia ed alla otologia.)** *Giornale medico del R. Esercito e della Marina. Gennajo. 1887.*

Die laryngologischen Operationen sind 5 Tracheotomien: 1. wegen tiefer Halsphlegmone, Tod an Erstickung trotz der Tracheotomie; 2. wegen Glottisödem, Tod nach 3 Tagen an Catarrhalpneumonie; 3. wegen eines malignen Pharyngealtumors, Vermeidung des Erstickungstods, aber nachher letaler Ausgang. 4. wegen Croup, Tod; 5. wegen „ulceröser Laryngitis". Tod nach 5 Monaten an Empyem. — (Die otologische Operation ist eine Myringotomie.) KURZ.

148) **Raymondaud. Bemerkungen über Tracheotomie und Discussion. (Observations de trachéotomie et discussion.)** *Soc. de méd. de la Haute Vienne Journal. de méd. et pharm. de la Haute Vienne. No. 3. März 1887.*

Bei Gelegenheit dreier operirter Fälle entspinnt sich eine Discussion über die Art, wie man operiren soll. Nichts Neues. E. J. MOURE.

149) **Thomas Annandale** (Edinburgh). **Bemerkungen über die prophylactische Tracheotomie zur Unterstützung gewisser Operationen. (Note on preliminary tracheotomy as an aid to certain operations.)** *Edinburg Med. Journ. März 1887.*

Der Autor empfiehlt die häufige Ausführung der Tracheotomie bei Operationen in der Mundhöhle. Er gebraucht nicht Trendelenburg's Canüle, sondern führt eine gewöhnliche ein, die jedoch so hergestellt ist, dass eine Gummiröhre über dieselbe fortgleiten kann. Das freie Ende dieser Röhre wird in ein Gefäss gestellt, welches mit einem Anaestheticum getränkte Baumwolle enthält. Das befestigte Ende wird durch einen Seidenfaden fixirt, welcher rings um die Röhre und die Canüle gebunden ist und schliesslich durch die Haut an den Rändern der Tracheotomiewunde geht. Nachdem Alles so bereit gemacht ist. werden die Luftwege oberhalb der Canüle mit Schwämmen oder Watte ausgestopft, auf welche etwas wasserdichter Stoff gelegt wird. M'BRIDE.

150) **A. Nota** (Turin). **Zwei Tracheotomien. (Due tracheotomie.)** *Gazzetta degli Ospitali. No. 36. 1887.*

1. Dreijähriges Kind, dem eine Bohne in die Trachea gerathen war. Untere Tracheotomie und Extraction des an der Bifurcation sitzenden Fremdkörpers. Entfernung der Trachealcanüle am 5. Tage. (N. hatte sich nicht getraut, die Naht der Trachealwunde zu machen, wie er selbst sagt, aus einer vielleicht falschen Furcht.)

2. Vierjähriges Kind mit Croup. Untere Tracheotomie wegen Erstickungsgefahr. Am 3. und am 7. Tage wurde die Canüle vorübergehend, am 10. dauernd entfernt.

N. stellt zwei Sätze auf: 1. Man soll stets die Tracheotomia inferior machen,

wenn keine besondere Contraindication vorliegt; 2. Man soll die Trachealcanüle sobald als möglich entfernen. KURZ.

151) C. E. Beebe. **Zwei Fälle von dringlicher Tracheotomie. (Two cases in which tracheotomy was performed in an emergency.)** *North American Journal Homoeopathy. S. 3. 1. p. 814. 1885/86.*

Journal ist nicht zu erlangen. LEFFERTS.

152) **Krakauer** (Berlin). **Tracheostenose nach Tracheotomie.** *Deutsche medicin. Wochenschrift. No. 5. S. 94. 1887.*

Krankenvorstellung im Verein für innere Medicin. Es handelt sich um einen 9 Jahre alten Knaben und Granulationsstenose nach Tracheotomie wegen Diphtherie. Die Canüle hat höchstens 11 Tage gelegen.

In der Discussion schildert Böcker vier Fälle von Granulationsstenose nach Tracheotomie wegen Diphtherie, die er beobachtet hat. 1. 6jähriger Knabe. Canüle lag 8 Tage. 6 Wochen später Athembeschwerden. Operation der Granulation per vias naturales mit dem vom Vortragenden schon früher erwähnten Instrument, einem Catheter, in welchem scharfe Fenster eingeschnitten sind. 2. Knabe von 6 Jahren. Canüle lag 7 Tage. 6 Wochen später Athemnoth. Diesmal wurde das Instrument nicht unter Führung des Spiegels, sondern unter der des Zeigefingers in den Kehlkopf eingeführt. 3. Knabe von 4 Jahren. Canüle lag 6 Tage lang. Operation unter Leitung des Spiegels, diesmal in zwei Sitzungen. 4. Mädchen von 11 Jahren, Operation per vias naturales unausführbar wegen Ungebärdigkeit der Patientin. Nochmalige Tracheotomie und Entfernung der Granulationsgeschwulst. Patientin ist noch in Beobachtung, da sich ein Recidiv ausbildet. B. FRAENKEL.

153) **Gersuny** (Wien). **Trachealcanüle.** *Illustrirte Monatsschrift der ärztlichen Polytechnik. Heft 1. Bern, 1887.*

Diese Canüle verengt sich nach unten conisch, ist jedoch am unteren Ende nicht enger als die gewöhnlichen Canülen. Derjenige Theil, welcher in die Luftröhre zu liegen kommt, hat eine gradlinige Axe. Das Schild ist hufeisenförmig, nach unten offen. Vortheile sollen u. a. sein: leichtes Wechseln und Abgewöhnen der Canüle, weil die Wunde durch den weitesten Theil des Rohrs klaffend erhalten, sich nicht so schnell verengt, wie bei den üblichen Canülen; Vermeidung des Decubitus am unteren Rande des Schildes.

Die Canüle soll seit 5 Jahren ausschliesslich im Gebrauch im Karolinen-Kinderhospital in Wien sein. Fabrikant R. Thürriegl in Wien. JONQUIÈRE.

154) **Störk** (Wien). **Ueber die Verhinderung der Granulombildung nach der Tracheotomie.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 1, 2, 3. 1887.*

St. hebt zunächst die Vortheile der localen Cocaïn-Anaesthesie durch subcutane Injection in das Gewebe vor der Tracheotomie hervor, bespricht dann die Ursachen, welche die Entfernung der Canüle besonders bei Kindern erschweren (als Schwellungen der Kehlkopfschleimhaut, Paresen der Muskeln und Granulombildung) nach den bisher gangbaren Ansichten Gerhardt's, Koch's, Pauly's und Meyerson's und formulirt seine Ansicht bezüglich der Granulombildung dahin, dass sie durch fortdauernde Reizung der Schleimhaut veranlasst werde.

Diese Reizung werde wieder bewirkt durch Wundsein der Schleimhaut als Folge der die Tracheotomie veranlassenden Erkrankung, dann durch Knickung der Ringknorpelplatte (bei der Cricotomie), hauptsächlich aber durch die Behinderung der Perspiration, worunter Störk das Durchströmen der Luft durch den Kehlkopf versteht. Mit dem Einschnitte in die Trachea steht nach Störk die Granulationsbildung in gar keinem Zusammenhange. Als bestes Mittel gegen die Granulombildung empfiehlt er an Stelle des Fensters die äussere Canüle nur siebförmig zu durchlöchern, wodurch es möglich würde, dass die Luft immer durch den Kehlkopf streiche und so die Degeneration seiner Schleimhaut verhindere; natürlich muss die innere Canüle gefenstert sein. Nach Anwendung solcher Canülen sah er nie mehr Granulombildung nach der Tracheotomie.

Ref. möchte sich die Bemerkung erlauben, dass die kleinen Löcher der äusseren Canüle doch sehr leicht von Schleim verlegt werden, und daher in kurzer Zeit die Perspiration ein Ende haben dürfte. Uebrigens muss das Verfahren erst von anderen Seiten geprüft werden.

Den Schluss des Artikels bildet eine Uebersicht über die Tubage des Kehlkopfes und die „Intubation of the Larynx" von O'Dwyer. CHIARI.

155) **Bilton Pollard** (London). **Schwierigkeiten in der Wiederherstellung der natürlichen Athmung nach der Tracheotomie. (Difficulties in establishing natural respiration after tracheotomy.)** *Brit. Med. Journal. 30. April 1887.*

Der vor der Clinical Society of London am 22. April 1887 gehaltene Vortrag beschäftigt sich, unter genauer Beschreibung von drei einschlägigen Fällen, mit der Schwierigkeit, die Trachealcanüle, nachdem sie bei Kindern einige Zeit lang liegen geblieben ist, zu entfernen. P. gedenkt aber fast nur der Granulationsstenosen (nur in einem Falle war daneben auch Verwachsung der Stimmbänder vorhanden) und empfiehlt bei solchen Catheterismus der Trachea mittelst der Mac Ewen'schen Bougies. — In der Discussion macht Howard Marsh auf die fehlerhafte Construction vieler noch gegenwärtig gebräuchlicher Canülen aufmerksam. — Golding Bird empfahl von Neuem (vgl. Centralblatt II. S. 506) das mehrtägige Liegenlassen einer weichen Drainageröhre im Kehlkopf. — Parker gedachte anderer, nicht mechanischer Gründe der Schwierigkeit, die Canüle zu entfernen. Im Ganzen aber förderte die Discussion weder in ätiologischer noch in therapeutischer Beziehung etwas Neues über die Frage zu Tage. SEMON.

f. Oesophagus.

156) **Bennet May** (Birmingham). **Ein Fall von Oesophagotomie behufs Entfernung eines halben Pennystücks aus der Thoraxhöhle, welches vor 3³/₄ Jahren verschluckt worden war. Völlige Heilung. (A case of oesophagotomy for the removal from the thoracic cavity of a halfpenny, which had been swallowed three years and a quarter previously. Complete Recovery.)** *British Medical Journal. 21. Mai 1887.*

Weihnachten 1881 sah man, wie ein 4jähriger Knabe ein halbes Pennystück, mit welchem er spielte, verschluckte. Er würgte sehr stark und nach einem Husten-

anfall brach er. Eine Woche hindurch oder etwas länger war er unfähig, etwas zu schlucken, indem er bei jedem Versuch hustete und brach. Später konnte er zwar etwas schlucken, litt aber an Regurgitation. Es wurde kein Versuch gemacht, das Hinderniss zu entfernen. Zwar wurden mehrere Aerzte consultirt, aber da man ihnen den Vorfall nicht erzählte, so war ihre Behandlung nur allgemein gegen die Abmagerung und die Brustsymptome gerichtet.

Im März 1885 wurde Pat. in's Krankenhaus aufgenommen; er war damals 7 Jahre alt und wog nur 25 Pfund. Sein Schlucken war für Oesophagusstenose typisch, und eine Menge der genommenen Flüssigkeit regurgitirte, gemischt mit schaumigem und eitrigem Schleim. Die Stimme war heiser, die Athmung stridulös.

Die Resonanz sowie das Athemgeräusch über der rechten Lunge waren abgeschwächt. Es schien keine fistulöse Oeffnung zwischen Oesophagus und Trachea zu bestehen.

Die Sonde stiess auf ein Hinderniss hinter dem Manubrium sterni, man konnte jedoch keinen metallischen Contact fühlen, noch sonst etwas, was auf die Natur des Hindernisses hingewiesen hätte. Die Menge der regurgitirten Flüssigkeit zeigte, dass oberhalb der Stenose eine grosse Erweiterung des Oesophagus bestand. Ein Gummikatheter No. 3 gelangte mit Schwierigkeiten durch die Stenose nach dem Magen.

Das Kind wurde durch die Sonde ernährt und war am folgenden Tage im Stande, ohne dieselbe frei zu schlucken. Diese einleitende Behandlung wurde 14 Tage lang fortgesetzt, damit das Kind kräftig genug würde, um sich der Operation zu unterziehen; nach dieser Zeit aber konnte die Sonde nicht länger eingeführt werden.

Die Oesophagotomie wurde in der üblichen Weise auf der linken Seite des Halses tief unten gemacht.

Die Oeffnung in der Speiseröhre war ca. 4,5 Ctm. lang, und es wurden durch beide Ränder Drähte gezogen, die als Retractoren dienten; ca. 3 Ctm. unterhalb der Höhe des Sternum wurde mit dem Finger das Hinderniss entdeckt. Es schien der Rand einer Münze zu sein, welche durch die Oesophaguswand gefühlt wurde. Sie schien schräg im Mediastinum vor und rechts vom Oesophagus zu liegen, mit ihrem unteren Rand sich von der Speiseröhre entfernend, und schien sich ausserhalb des Oesophagus zu befinden. Das bedeckende Gewebe wurde vorsichtig mit einem Tenotom durchschnitten. Die Münze war fest fixirt, so dass man viel Kraft anwenden musste, um sie mit der Zange zu entfernen. Als die Münze entfernt wurde, strömte Luft in den Oesophagus ein, ein Beweis, dass eine Communication mit den Luftwegen bestand. Das Geldstück war schwarz und schmutzig, sonst nicht verändert. Ein Versuch, eine Sonde vom Munde aus in den Magen zu führen, misslang. Man musste also zur Rectalernährung greifen. Suturen wurden weder für den Oesophagus noch für eine andere Wunde angelegt.

Am vierten Tage wurde dem Pat., da Tod durch Inanition drohte, gestattet, ein wenig Milch zu schlucken. Ein Theil der Flüssigkeit entwich aus der Wunde, etwas gelangte in die Trachea. Trotzdem wurde dem Pat. jeden Tag etwas mehr erlaubt und am 14. Tage lernte er einen weichen Gummikatheter zu verschlucken.

welcher ihm später als Ernährungssonde diente. Die Wunde, welche in Folge der Regurgitation anfangs keine Neigung zu heilen gezeigt hatte, heilte jetzt rapide und nach 6 Wochen war Pat. ganz gesund. Er hatte nur 1 Pfund an Gewicht zugenommen. Während der 7. Woche trat ein sehr beunruhigender Anfall von Darmverstopfung auf, welche durch Clysmata gehoben wurde. Die Därme wurden sorgfältig überwacht, sie waren offenbar anfänglich nicht im Stande, die vermehrte Nahrung zu bewältigen.

Während der nächsten 6 Wochen nahm Pat. 11 $^1/_2$ Pfund zu.

Es bestand kein Zeichen mehr von Oesophaguscontraction, obwohl der Durchtritt eines Bougies stets schwierig war, wahrscheinlich in Folge einer Krümmung des Canals. Eine weiche Gummiröhre konnte er stets leicht schlucken.

M. bemerkt, dass dieser Fall wohl ein Unicum sei rücksichtlich der Länge der Zeit zwischen dem Verschlucken des Fremdkörpers und der Operation.

A. E. GARROD.

157) **Vilette** (Dunkerque). **Fremdkörper des Oesophagus, ein silbernes Fünffrancstück. (Corps étranger de l'oesophage. Pièce de cinq francs en argent.)** *Bull. méd. du Nord. März 1887.*

Der Titel zeigt an, worum es sich handelt.

E. J. MOURE.

158) **John Ackery** (London). **Verschlucken künstlicher Zähne, schnelle Ausstossung durch das Rectum. (Case of swallowing artificial teeth with rapid expulsion by the rectum.)** *Brit. Med. Journal. 26. März 1887.*

In einem Brief an den Redacteur kritisirt B. die in diesem Fall angewandte Behandlung, wie sie in demselben Journal vom 12. März berichtet wurde.

Es wurde eine laxirende Diät verordnet, während A. behauptet, dass die meisten Autoritäten darin übereinstimmen, dass eine obstipirende Diät zweckmässiger sei. Er erwähnt verschiedene Artikel über die Diät, welche empfohlen wurde.

A. E. GARROD.

159) **William Galletly** (Elgin). **Ein Fall von Verschlucken künstlicher Zähne mit schnellem Abgang derselben durch den Mastdarm. (A case of swallowing artificial teeth with rapid expulsion by the rectum.)** *Brit. Med. Journal. 12. März 1887.*

G. wurde zu einer 35jährigen Frau gerufen, welche ihre falschen Zähne verschluckt hatte. Es konnte mit dem Finger kein Fremdkörper im Pharynx entdeckt werden. Patientin schluckte gut und hatte keine Dyspnoë, klagte aber über Halsschmerzen. Eine starke Sonde ging leicht in den Magen.

Es wurde eine purgirende Diät verordnet und die Platte ging 17 Stunden, nachdem sie verschluckt war, mit dem Stuhl weg. Patientin hatte nach der ersten Visite leichte Uebelkeit und zwei Stunden vor der Darmthätigkeit mässige Schmerzen in der rechten Regio iliaca.

Die Platte trug vier Zähne. Glücklicherweise waren die Haken nach innen gebogen.

A. E. GARROD.

II. Kritiken und Besprechungen.

a) Congress der Associété française pour l'avancement des sciences. Toulouse, 1887. Section des sciences médicales.

J. Charazac (Toulouse) theilt einen Fall von spontaner Ausstossung eines Larynxpapilloms bei einer 31jährigen Frau mit. Bei der laryngoscopischen Untersuchung konnte man noch die Ansatzstelle des Polypen am Stimmband erkennen.

Arnozan (Bordeaux) verlas eine Notiz über die Beziehungen der Hautaffectionen der Nase zu den tiefen Krankheiten der Nasenhöhlen. Er glaubt, dass die letzteren den äusseren Läsionen meistentheils zeitlich voraufgehen. So wäre es auch bei der rothen Nase, oder Acne rosacea etc. wichtig, die Nasenhöhlen zu untersuchen und die Veränderungen der Schleimhaut durch geeignete Mittel zu beseitigen.

Bernheim (Nancy). Monoplegia lingualis mit corticaler Localisation. Bei Gelegenheit der Besprechung des Falles eines in seiner Behandlung gestorbenen 23jährigen Mädchens, welches an dieser Affection gelitten hatte, theilt B. die Resultate der Autopsie mit. Man fand am unteren Rande des unteren Endes der aufsteigenden Stirnwindung und zwar an ihrer vorderen Fläche, ca. 6 Mm. nach hinten von der Furche, welche sie von der 3. Stirnwindung trennt, einen sarcomatösen Herd. Dieser letztere erklärt die Hemiplegie der Zunge, ohne jede andere Paralyse des Gesichts oder der Gliedmaassen.

E. J. Moure. Stimmstörungen bei acuter catarrhalischer Laryngitis. Referent tritt in eine Besprechung der Stimmstörungen im Verlauf der acuten Entzündung des Stimmorgans ein. Er bemüht sich, zu zeigen, dass es die mehr oder weniger paretischen Muskeln sind, welche die rauhen Variationen des Timbres der Stimme und den Uebergang von einem Register in das andere hervorrufen. Er lenkt die Aufmerksamkeit auf die Bedeutung der Giessbeckenmuskeln, deren anatomischer Sitz die häufige Parese in diesen Fällen erklärt. (Diese Arbeit wurde ausführlich veröffentlicht in der Revue mens. de laryngol. etc. No. 40. Oct. 1887.)

Joal (Mont Dore). Ein neuer Spirometer. J. zeigt einen Spirometer vor, dessen Handhabung, ohne Ventil noch Hahn, sehr leicht ist. Dieser ingeniöse Apparat besteht aus zwei Mariotte'schen über einander gesetzten Gefässen. Aus der Flüssigkeitsmenge, welche unter dem Exspirationsdruck aus der oberen Röhre in die untere fliesst, berechnet man die Lungencapacität der Versuchsperson. Sobald das untere Reservoir voll ist, genügt es, den Apparat umzukehren, damit er wieder von Neuem functionirt.

Masse (Bordeaux). Anatomie der Regio subglottica des Larynx. M. möchte die Aufmerksamkeit der Physiologen auf die Verschiedenheit der Form und der Capacität dieser Gegend in ihren oberen drei Vierteln lenken; das untere Viertel derselben hat relativ feste Dimensionen. Die veränderliche Partie schwankt zwischen den Formen eines Cylinders und eines an der Spitze abgeplatteten Kegels. M. benutzte Einspritzungen der Darcet'schen Legirung, um die verschie-

denen Formvariationen zu studiren, welche durch die Annäherung der Glottisränder bedingt sind. Das verschiedene Caliber der verschiedenen Gegenden unterhalb der Glottis wurde ebenfalls durch Injectionen mit Darcet'scher Mischung festgestellt. Es ist gut, vom chirurgischen Gesichtspunkt aus, diese Differenzen zu kennen, um die Canülen, welche für die Trachea bestimmt sind, dieser Gegend anpassen zu können. Die Form des Larynx kann auch für die Bougirung des Larynx nützlich sein. E. J. MOURE.

b) Jahresversammlung der British Medical Association. Dublin, 1887. August 1887. Subsection der Laryngologie und Rhinologie.

Die erste Sitzung der neugegründeten Subsection für Laryngologie und Rhinologie wurde am 3. August abgehalten. Der Besuch war schwach und die Einrichtung verlor viel von ihrem Interesse, da unerwarteter Weise Viele fehlten. die ihr Erscheinen zugesagt hatten.

Dr. W. Mac Neill Whistler war Vorsitzender, Dr. Kindal Frank Stellvertreter und Dr. R. A. Hayes Schriftführer der Subsection.

Unter den Anwesenden waren Dr. Mos. Burr (Glasgow); Dr. Lennox Browne, Dr. Watson Browne (Belfast); Dr. Franklin Hooper (Boston U. St. A.), Mr. Geo Stoker, Dr. Chas. Warden (Birmingham), Dr. Woakes. Dr. Prosser James und Hunter Mackenzie (Edinburgh) waren ausser Stande zu erscheinen.

Der Vorsitzende eröffnete die Geschäfte der Section mit einer kurzen Ansprache, in deren Verlauf er die Wichtigkeit einer gemeinsamen Thätigkeit betonte, wo wirklich Gelegenheit geboten würde, specielle Fragen der Laryngologie und Rhinologie Seitens der Interessenten zu besprechen. Der Vortheil dieser Besprechung liege darin, dass dadurch Thatsachen bekannt würden, die sonst verloren gehen, da der practische Arzt häufig nicht im Stande sei, seine Beobachtungen zu veröffentlichen. Ausserdem würde dadurch die Untersuchung zweifelhafter Vorschläge, welche ohne sichere Grundlage veröffentlicht werden, gefördert.

Zum Schluss drückt er die Hoffnung aus, dass der Vorschlag zur Gründung einer Gesellschaft für die Förderung der Laryngologie und Rhinologie in England jetzt Anklang finden werde.

Lennox Browne schlägt ein Dankesvotum für die Ansprache des Präsidenten vor und empfiehlt, Schritte zur Bildung einer laryngologischen Gesellschaft zu thun. Dieser Vorschlag wurde von Stoker unterstützt, welcher meinte. dass die Ansicht der Versammlung durch Abstimmung ermittelt werden sollte.

Chas. Warden unterstützt das Dankesvotum für den Präsidenten. Der erste Gegenstand, der zur Discussion vorgeschlagen wurde: Die Tuberculose des Larynx, wurde von Lennox Browne eingeleitet, dessen Bemerkungen sich hauptsächlich auf die „Therapie“ beziehen.

Nachdem er erklärt hat, „dass es jetzt ein unzweifelhaftes Factum sei, dass die Larynxphthise vor irgend welchen Symptomen in den Lungen auftreten könne“, hält er Folgendes für die Basis jeder Behandlung: 1) Der Patient ist in eine möglichst günstige Lage zu bringen, um dem verderblichen Einfluss der Bacillen Widerstand zu leisten, deren Existenzbedingungen soviel als möglich

abzuschneiden sind. Unter diesem Capitel wurden das Klima, die Hygiene und die Inhalation besprochen. 2) Die Bacillen sind durch Antiseptica zu vernichten.

Letztere sind in zwei Klassen zu theilen: a) In solche, welche, während sie die Bacillen zerstören, auch im Stande sind, den ganzen Organismus kräftig zu ergreifen und b) in solche, welche mehr localen Charakters sind. Unter letzteren sei das Menthol dem Jodoform und Jodol vorzuziehen. [Der Vortrag ist anscheinend identisch mit dem von demselben Verfasser vier Wochen später in Washinton gehaltenen und in unserer letzten Nummer p. 185 et seq. referirten. Red.] Chirurgische Maassnahmen. wie Incision, Entfernung tuberculöser Neubildungen und die Tracheotomie sind ganz zu verwerfen.

Hierauf wurde eine Arbeit von Prosser James in dessen Abwesenheit verlesen, welche folgende fünf Fragen zur Discussion vorschlägt:

1. Was ist Kehlkopfschwindsucht? Diese Frage ist der Aufmerksamkeit werth, da es ebenso viele Formen der Erscheinung des Leidens wie deren Auslegung giebt.

2. Giebt es eine Krankheit: „Larynxphthise"? Hierbei scheint der Autor der Ansicht zu sein, dass die Larynxphthise bisweilen als ein primärer Process auftritt.

3. Welches ist die Beziehung der Bacillen zur Larynxphthise?

4. Sind Fälle von Larynxphthise heilbar? Verfasser möchte diese Frage in bejahendem Sinne beantworten.

5. Welches ist die zweckmässige Behandlung der Larynxphthise? Während der Verfasser warme Dämpfe, Sprays und andere locale Maassnahmen wohl würdigt, ist er ebenso von der Wichtigkeit der Allgemeinbehandlung überzeugt. Er meint, dass noch weitere Beweise zu Gunsten der chirurgischen Behandlung nothwendig sind, um sie zu adoptiren.

Alsdann kam eine Abhandlung von G Hunter Mackenzie (Edinburgh) über die Behandlung der Larynxphthise in dessen Abwesenheit zur Verlesung.

Nachdem er seine Meinung dahin ausgesprochen hat, dass man mit grosser Vorsicht von einer Heilung tuberculöser Geschwüre durch die verschiedenen Heilmittel sprechen müsse, theilt er die Behandlung der Larynxphthise in eine medicinische, chirurgische und klimatische ein. Nach Empfehlung von Sedativis und milden Adstringentien bespricht er ausführlich die Bepinselung und submucöse Injection der Milchsäure. Seine auf die Pinselung beschränkten Beobachtungen waren bisher nicht sehr hoffnungsvoller Natur. Obwohl er der localen Wirkung der Antiseptica rücksichtlich ihres Heilungsprocesses wie ihres Einflusses auf die Krankheitsbacillen grosse Aufmerksamkeit geschenkt habe. so habe er sich doch in keinem Falle davon überzeugen können, dass sie die locale Läsion specifisch beeinflussen. Sicherlich haben sie nicht den geringsten Effect auf die Tuberkelbacillen. Er ist der Ansicht, dass die Besserung der tuberculösen Läsion in directem Verhältniss zu ihrer Zugängigkeit steht. Daher hält er die chirurgische, sowohl die intra- wie extralaryngeale, Behandlung für eine Erfolg versprechende und empfiehlt die Tracheotomie oder Laryngotracheotomie, da sie a) den Larynx in einen Zustand relativer Ruhe und Freibleibens von Reizen versetzt; b) einen directen Zugang zu dem Krankheitsherde schafft und das Auskratzen, Aus-

schneiden oder anderweitige Entfernen der tuberculösen Gewebe bedeutend erleichtert.

Er verweist auch auf die guten Erfolge, die Andere von dem internen Gebrauch von Arsenik in einigen Fällen berichtet haben.

Woakes beschäftigte sich mit zwei Punkten, die in der Therapie der Krankheit erwähnt wurden.

Erstens die Anwendung von Schwefelwasserstoff, welchen er seit den letzten 7 oder 8 Jahren in Form einer Lösung von Schwefelkalium in heissem Wasser als Dampf gebraucht habe. Diese Methode hätte die Schmerzen gelindert und den localen Process weit mehr als andere Mittel gebessert.

Der zweite Punkt war der, ob es wünschenswerth sei, bei Larynxphthise die Tracheotomie zu machen.

Drei von fünf Fällen fühlten sich sehr erleichtert, und es trat ein vollständiger Stillstand der localen Erkrankung ein. Bei den beiden Anderen, wo wegen Stenose tracheotomirt worden war, wurde zwar das mechanische Hinderniss beseitigt, aber das Fortschreiten der Krankheit wurde dadurch nicht aufgehalten. Die Tracheotomie verschafft dem Larynx eine physiologische Erleichterung.

Geo. Stoker meinte, dass die Frage nach der Existenz einer Larynxphthise ohne vorgängige Erkrankung der Lungen nur durch die Obduction entschieden werden könnte.

Insufflationen seien nicht so zweckmässig als der Spray bei der Behandlung der Krankheit, da jene leicht teigig würden, während der Spray leicht resorbirt wird.

Scarificationen geben nur ein Nest für die Bacillen oder Geschwüre ab.

F. H. Hooper (Boston U. St. A.) meinte, dass es so viele Formen der Larynxphthise gäbe, dass, wenn man von Heilung einer so schweren Krankheit spricht, wir Alle sicher sein können, dass wir uns nur auf einige Larynxerscheinungen beziehen. Er hat niemals einen Fall von ulceröser Larynxtuberculose heilen sehen. Das einzelne Geschwür kann wohl heilen, aber die Krankheit als Ganzes schreitet vorwärts. Er setzt mehr Vertrauen in allgemeine hygienische und diätetische Maassregeln als in locale Applicationen und empfiehlt als das beste Palliativum einen Spray von 10—20 pCt. Cocain.

Chas. Warden wandte Eucalyptus, Atropin und Terpenthin an, als Antiparasiticum: Sublimat, Schwefelwasserstoff und Carbolsäure. Local: Milchsäure, Thymol, Menthol, Indol und Jodoform; als Anodynon: Morphium, Belladonna und Cocain. Er hat kein Vertrauen zur Bougirung und zur Exstirpation, sonder hält Ruhe für das Wichtigste. Er kann nicht einsehen, warum die Larynxtuberculose nicht als eine selbstständige Krankheit sollte existiren können.

R. A. Hayes betont, dass der Ausdruck Larynxphthise auf solche Fälle beschränkt werden sollte, wo deutliche Zeichen tuberculöser Ablagerungen vorhanden wären. Die Tuberculose des Larynx ist wahrscheinlich bisweilen eine primäre. Ein von ihm beobachteter Fall unterstützt die Möglichkeit einer Heilung. Die Behandlung sollte sich beschränken auf Sprays, Adstringentien und Sedativa, welche den Vorzug vor den Insufflationen verdienen. Kräftigere Ein-

griffe sind schlimmer als nutzlos. Der innere Gebrauch von Arsenik schien in einzelnen Fällen ermuthigende Resultate zu geben.

Der Präsident meinte, dass die veröffentlichten Berichte die Möglichkeit des Vorkommens einer primären Larynxtuberculose zu zeigen scheinen. Unzweifelhafte Fälle von typischer acuter Larynxtuberculose ohne begleitende Zeichen von Lungenphthise sind jedoch bis jetzt nicht zu seiner Kenntniss gekommen.

Er habe indessen einige, sehr ausnahmsweise vorkommende Fälle von Larynxentzündung gesehen, welche langsam vorschreitende Gewebeveränderung mit abnormer Neubildung und chronischen Ulcerationen zeigen, die als Vorläufer von Lungenphthisis und mehr ausgesprochener Larynxtuberculose auftreten können. Diese Form der Laryngitis, welche sich in ihrem Aussehen sehr wesentlich von einer einfachen chronischen catarrhalischen Laryngitis unterscheidet, sich über mehrere Jahre erstrecken und in Entwickelung von Tuberkeln und Lungenphthisis enden kann, dürfte mit gutem Grund von Anfang an als Larynxphthise bezeichnet werden. Er meint, dass solche Fälle, wenn sie frühzeitig behandelt werden, zur Heilung zu bringen sind.

Lennox Browne wiederholt von Neuem seine Einwände gegen die Tracheotomie bei tuberculösen Patienten, es sei denn zur Beseitigung einer schweren Dyspnoë. Denn die Tracheotomiecanüle würde den Patienten mehr belästigen und ihm eher Unbequemlichkeit verursachen, als physiologische Ruhe, weswegen die Operation empfohlen wurde.

W. Lublinski (Berlin) lieferte einen Beitrag zur „Tuberculose der Mandeln".

Nachdem er bemerkt hat, wie selten diese Krankheit sei, meint er, dass, obwohl sie von sehr vielen pathologischen Anatomen beschrieben worden sei, dennoch, soweit er darauf geachtet habe, kein Fall von isolirter Tuberculose der Mandeln beobachtet worden wäre.

Aus diesem Grunde seien zwei von ihm beobachtete Fälle von besonderem Interesse, besonders da die Diagnose durch die Autopsie bestätigt wurde. In beiden Fällen existirte eine ausgedehnte Lungentuberculose, hierin übereinstimmend mit den bisher beobachteten Fällen.

In beiden Fällen wurden Geschwüre von dem Umfange eines Nadelknopfs bis zu einer Linse gefunden, deren Boden mit weisslichem Detritus bedeckt und deren dicke, etwas erhabene Ränder von rother Farbe waren. — Die mikroscopische Untersuchung der ulcerirten Gewebe zeigte zahlreiche Tuberkelbacillen und in einem Theile, der der erkrankten Tonsille eines Patienten entnommen war, fanden sich Tuberkel mit Riesenzellen.

In dem ersten dieser Fälle ergriff die Krankheit allmälig die benachbarten Gewebe und Patient ging an Inanition zu Grunde.

In dem zweiten bewirkte die galvanocaustische Zerstörung der erkrankten Theile temporäre Heilung (6 Wochen seit der Operation am Tage des Berichts).

Die Seltenheit der Tuberculose der Tonsillen mag, nach Ansicht des Verfassers daher kommen, dass die Consistenz des fibrösen Gewebes bei atrophischer und hypertrophischen Tonsillen der tuberculösen Entartung ungünstig ist.

Die tuberculöse Erkrankung der Mandeln ist der tuberculösen Schwellung des Larynx sehr ähnlich und macht häufig nicht solche Symptome, dass die Aufmerksamkeit darauf gelenkt würde. Die Prognose ist schlecht; die Behandlung muss, wenn möglich, das erkrankte Gewebe zu zerstören versuchen, um eine weitere Ausbreitung zu verhindern.

Die Discussion des zweiten gewählten Gegenstandes: die Reflexneurosen des Nasenrachenraums wurde von Woakes eingeleitet, welcher nach einem kurzen historischen Abriss des Gegenstandes erklärte, dass er zu den bereits bekannten Neurosen, wie Larynxparese, Neuralgie, reflectorisch erzeugte Hautausschläge, Thränenträufeln, paroxysmenartiges Niesen, Husten, Heufieber und Asthma, noch die Parese des Gaumens, paretische Dysphagie und Hypochondrie hinzuzufügen habe.

Die meisten Symptome sind durch ein und denselben Process zu erklären, nämlich reflectorische Dilatation der Ernährungsgefässe gewisser Nerven, und zwar geht der Reflex von der Nase aus.

Eine derartige Erweiterung der Ernährungsgefässe des motorischen Nerven des Gaumenhebers würde eine Blutüberfüllung seiner Fasern und eine motorische Muskelatrophie erzeugen. Ebenso verhält es sich mit den Kehlkopfnerven: Sobald eine Erweiterung in den sensiblen Nerven eintritt, wird eine Neuralgie erzeugt u. s. w.

Brookhouse (Nottingham) frägt, indem er auf die Reflexneurosen des Nasenrachenraums und des Kehlkopfs verweist, welche durch Dilatation der Gefässe, Hyperämie etc. erzeugt werden, wie man die Epilepsie erklären will, bei welcher man annimmt, dass eine Contraction der Gefässe und ein der Embolie der Hirncapillaren verwandter Zustand existire.

Lennox Browne berichtet zwei Fälle von epileptiformen Anfällen, welche reflectorisch von der Nase ausgelöst und durch locale Massnahmen geheilt wurden. Er hält es für wahrscheinlich, dass in solchen Fällen, wie beim Heufieber, allgemein ein Zustand von localer Hyperämie und Schwellung besteht, und zwar hervorgerufen in der von Woakes erklärten Weise. Ohne Behandlung des localen Zustandes sind allgemeine Massregeln ohne Nutzen, obwohl letztere zweifellos nothwendige und werthvolle Hülfsmittel sind.

George Stoker theilt zwei Fälle von „intermittirender Nasenneurose" mit. Fall I. M. P., Frau von 40 Jahren, litt ein Jahr lang an paroxysmenartigen Anfällen von Niesen, die regelmässig wöchentlich ein Mal auftraten, den Tag über dauerten, die Kranke erschöpften und von Kopfschmerzen und Schwindel gefolgt waren. Allgemeinbefinden gut. Es bestand eine starke Schwellung der Nasenmuschelschleimhaut.

Als Ausgangspunkt für den Reiz wurde stets dieselbe Stelle bezeichnet, d. h. die Vereinigung des Nasenbeins mit dem Knorpel, wo der äussere Zweig des Nervus nasalis hindurchtritt, um oberflächlich zu verlaufen. Verschiedene Nasendouchen und Medicamente gaben keine Besserung. Hieraut wurde der Galvanocauter an die Innenseite der Nase, da wo der Nerv sich rings um den unteren Rand der Nasenbeine herumwendet, applicirt. Sogleich wurden die Anfälle hin-

sichtlich ihrer Heftigkeit und Häufigkeit auf 5 Wochen schwächer und hörten dann ganz auf.

Fall II. Dr. S. G., 42 Jahre alt, litt seit 8 Jahren an Niessparoxysmen, die alle 8 Tage wiederkehrten. Malariavergiftung lag nicht vor. Der Reiz wurde auf dieselbe Stelle, wie im Fall I. verlegt. Es bestand eine starke Hypertrophie der Nasenmuschelschleimhaut. Interne Mittel versagten. Aehnliche Behandlung wie im Fall I. verschaffte für einige Monate Besserung. Als die Anfälle wiederkehrten, erschienen sie jede dritte Woche. Eine zweite Galvanocauterisation an derselben Stelle beseitigte die Anfälle, welche während einiger Monate nicht zurückkehrten.

Scanes Spicer lieferte eine Abhandlung über „Dehnung des Nasenbogens (d. h. der queren Nasenvene) bei Kindern, ihre Pathologie und Behandlung“. Verfasser lenkt die Aufmerksamkeit auf diese Eigenthümlichkeit, die oft bei armen Kindern grosser Städte zu sehen ist, d. h. die schwarze gedehnte Vene an der Nasenwurzel. Diese Vene — der Nasenbogen — verbindet die Venae angulares beiderseits. Diese Kinder haben einen vernachlässigten oder hartnäckigen chronischen Catarrh der Nase und des Pharynx, postnasale Schwellung oder Hypertrophie der Schleimhaut oder Vegetationen.

Wenn die hinteren Ausläufer für das venöse Blut durch die Foramina sphenopalatina und die Collaterales des Pharynx verschlossen sind, sei es durch Schleimhautschwellung oder Vegetationen, so wird das überschüssige Blut in die vorderen und oberen Gefässcanäle getrieben und verursacht eine Ueberfüllung und Dehnung derselben, welche vorn sichtbar ist, sobald die Vene oberflächlich und die Haut dünn ist, wie an der Nasenwurzel.

Vernachlässigt führt die venöse Blutüberfüllung der Schleimhaut und der darunter liegenden Gewebe nicht nur zum hypertrophischen Catarrh, Nasenverschluss, Mundathmung und deren sie begleitende Uebeln, sondern sie verursacht auch eine mangelhafte Ernährung des Skelets der Nase. Sie entwickelt sich unvollkommen und wenn die Kinder erwachsen sind, bleibt die Nase eingesunken und schlecht gestaltet. Ferner sehen die Kinder, welche an diesem Zustande leiden, matt und schläfrig aus und klagen über Kopf- und Nasenschmerzen.

Die Behandlung besteht in Entfernung etwa vorhandener Vegetationen. Besteht nur eine allgemeine Verdickung der postnasalen Schleimhaut, dann wird freie Dehnung derselben mit dem Finger, gefolgt von Abkratzung mit dem Nagel, alsbald eine Besserung der Symptome herbeiführen. Es ist gut, dann täglich adstringirende Pinselungen des postnasalen Raumes vorzunehmen. Daneben werden allgemeine hygienische Massregeln getroffen und Syr. ferr. jod. verordnet.

Lennox Browne verlas eine kurze Notiz über Larynxstenose und zeigte einen hohlen Larynxdilatator mit schneidendem Blatt, welchen er erfunden hat. Derselbe vereinigt die Vortheile des schneidenden Dilatators von Whistler mit der Hohlsonde von Schrötter. — Browne demonstrirte ferner einige verbesserte Sägen zur Entfernung von Auswüchsen in der Nasenscheidewand und einen Trepanbohrer für grössere Verkrümmungen, der durch Elektricität oder einen anderen Motor bewegt wird. Beides sind Erfindungen von Holbrook Curtis aus New-York.

George Stoker zeigte ein Instrument, welches er als „ein neues Hülfsmittel zur Tracheotomie“ bezeichnete. Es besteht aus einer starken scharfen Nadel, welche in einen passenden Handgriff eingelassen ist. An der oberen Fläche der Nadel ist eine Furche, welche sich bis nahe an die Spitze erstreckt. An dem Ende der Furche ist ein Fenster, welches in eine Rinne an der unteren Fläche der Nadel sich öffnet. In dieser Rinne liegt eine geknöpfte Nadel, oder ein Widerhaken, welcher an eine Niete des vorderen Endes der Furche befestigt ist. Die Idee ist die, dass diese Nadel in die Trachea gestochen werden soll. Sobald sie sich im Lumen derselben befindet, fällt der Widerhaken vor und der Operateur wird in den Stand gesetzt, den nothwendigen Zug auszuüben. Die Operation kann dann fortgesetzt werden, und das Skalpel kann entweder längs der Furche in die Luftröhre eindringen, oder es kann die gewöhnliche Trennung gemacht werden. Die Nadel kann zu jeder Zeit zurückgezogen werden, indem man ihre Stellung umkehrt, und zwar dadurch, dass man sie umdreht, wodurch der Widerhaken in seine Rinne zurückfällt.

RICHARD A. HAYES (Dublin),
Secretair der Subsection.

III. Briefkasten.

Die Krankheit des deutschen Kronprinzen und die Laryngologie.

Wie die ganze Welt, so folgen auch die Laryngologen aller Länder mit innigster, herzlichster Theilnahme dem Falle Sr. Kaiserl. Hoheit, des deutschen Kronprinzen. Diejenigen, welche der Natur der Dinge nach Gelegenheit haben, die furchtbare Krankheit häufiger zu beobachten, gegen welche der ritterliche Fürst jetzt so heldenmüthig kämpft, wissen seine Mannhaftigkeit und Seelengrösse, das leuchtende Beispiel, dass er seinen Schicksalsgenossen setzt, um so besser zu würdigen.

Dies Beispiel trägt schon jetzt seine Früchte. Vor wenigen Tagen war es die traurige Pflicht des Schreibers dieser Zeilen, einem Kranken, der ahnungslos hinsichtlich der Natur seines Leidens ihn consultirte, die Eröffnung zu machen, dass er an Kehlkopfcarcinom litte und dass das vorgeschrittene Stadium der Affection eine Radicaloperation leider als aussichtslos erscheinen lasse. Mit bewunderungswürdiger Fassung hörte der Patient die ihm so schonend als möglich gemachte Mittheilung an und that ruhig eine Reihe von unter solchen Umständen natürlichen Fragen. Als man nicht umhin konnte, ihm beim Scheiden Bewunderung über die Fassung auszudrücken, mit welcher er die ihn gänzlich unvorbereitet treffende Mittheilung entgegengenommen, antwortete der Kranke: „Der deutsche Kronprinz hat uns gelehrt, ein schweres Schicksal mit Mannesmuth zu ertragen.“ — — —

Die Krankheit des Kronprinzen greift vom wissenschaftlichen und ethischen St punkte aus so tief in die wichtigsten Lebensinteressen der Laryngologie ein, dass Journal vom Charakter des Centralblatts sich der wenig erfreulichen Pflicht nicht w entziehen können, eines Tages näher auf ihn einzugehen. Noch aber scheint uns hierzu geeignete Augenblick nicht gekommen. Abgesehen davon, dass die Erregung Gemüther in diesem Augenblick noch eine zu grosse ist, um eine leidenschaftsl Beurtheilung und Würdigung der in Frage kommenden Umstände zu gestatten, f uns vor allen Dingen noch ein grosser Theil des aktenmässigen Materials, wel allein uns ermöglichen kann, zur vollständigen Klarheit durchzudringen. Bis dieses Material zu Gebot steht, werden wir uns, wie bisher, vollständigen Schwei über den Fall selbst befleissigen.

Dagegen halten wir es für unsere Pflicht, schon jetzt zweier Fragen zu geden welche bereits im Sommer dieses Jahres Gelegenheit zu einer lebhaften Contro gegeben haben, und welche die praktische Thätigkeit jedes Laryngologen auf's schneidendste berühren: die Fragen 1) nach der Bedeutsamkeit der mikroscopis Untersuchung während des Lebens entfernter Fragmente für die Diagnose der h logischen Natur von Kehlkopfneubildungen und 2) des Ueberganges gutartiger plasmen in bösartige nach — oder wie behauptet wird: in Folge von — i laryngealen Eingriffen.

Diese Fragen sollen in einem Leitartikel unserer nächsten Nummer im Ansch an die im Juni dieses Jahres im British Medical Journal ausgefochtene Contro ausführlich erörtert, und an die Besprechung der zweiten die Aufforderung zu Sammelforschung unter den Laryngologen behufs der durchaus nöthigen und leich ermittelnden Feststellung des wahren Sachverhalts geknüpft werden. —

Die British Medical Association und die Laryngologie.

Es freut uns, unseren Lesern mittheilen zu können, dass der im Vorjahre geg Zurücksetzung der Laryngologie bei den Versammlungen der British Medical Associ gerichtete Protest (vgl. Centralblatt III., S. 356) nicht wirkungslos geblieben ist.

Bei der im August dieses Jahres in Glasgow stattfindenden Versammlung wir Laryngologie und Rhinologie zum ersten Male den Rang einer vollen Section bekl Zum Präsidenten der Section ist der Herausgeber des Centralblatts erwählt. Derselb die Wahl angenommen. Das Bureau ist noch nicht constituirt. Sobald die Constit erfolgt und die Tagesordnung festgestellt sein wird, wird das Centralblatt Näheres bri

Rafael Ariza †.

Mit tiefem Bedauern entnehmen wir der „Lancet“ vom 5. November die richt vom Tode Don Rafael Ariza's y Espijo, des bekannten Madrider L gologen. Obwohl die Stellung eines spanischen Mitarbeiters des Centralblattes nicht besetzt ist, hoffen wir in einer späteren Mittheilung nähere Details übe Leben und Wirken des Verewigten bringen zu können.

Personalia.

Es dürfte vielen Lesern des Centralblatts wünschenswerth sein, zu erfahren, unser verehrter Mitarbeiter, Dr. Theodor Hering in diesem Winter in San Remo prak

Neues Journal für Kehlkopfkrankheiten etc.

Am 15. October ist die erste Nummer eines neuen französischen Journa Kehlkopf- und Nasenkrankheiten erschienen. Dasselbe trägt den Titel: „Archi Laryngologie et de Rhinologie, et des maladies des premières vois respirato digestives“ und wird von Dr. Ruault in Paris redigirt.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

iona
hllk

pont ildung gene gesehe r betr cht.)	at er Fälle bösartiger Kehlkopf- chwülste beobachtet, in denen die roskopische Untersuchung entfernter agmente keinen Aufschluss gab? Details erbeten.	Etwaige additionelle Bemerkungen, Referenzen auf bezügliche Publicationen des Beobachters etc.

Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang IV. Berlin, Januar. 1888. No. 7.

I. Sammelforschung
bezüglich des Ueberganges gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige nach intralaryngealen Operationen.

Sehr geehrter Herr College!

Indem ich auf den diesem Hefte beiliegenden Fragebogen der oben erwähnten Sammelforschung hinweise, erlaube ich mir, Sie auf's Dringendste um Ihre Mitwirkung bei dieser wichtigen Untersuchung zu bitten.

Es handelt sich um Folgendes:

Im Juni des Jahres 1887 wurde in einem Leitartikel des Brit. Med. Journal die schon früher in anderer Form aufgestellte Behauptung wiederholt, dass gutartige Kehlkopfneubildungen nach intralaryngealen Eingriffen eine „specielle Neigung" zeigten, sich in bösartige zu verwandeln.

An diesen Leitartikel schloss sich eine längere Controverse*), in welcher die Frequenz dieses Ereignisses gegenüber der Gesammtzahl intralaryngealer Operationen bei gutartigen Kehlkopfgeschwülsten auf 6 : 3000 abgeschätzt, und hiermit, wie man hoffen durfte, die Hinfälligkeit der betreffenden Behauptung ad oculos demonstrirt wurde. Es verdient dabei besonders bemerkt zu werden, dass unter den 6 Fällen von Umwandlung gutartiger Neubildungen in bösartige sich mehrere äusserst zweifelhafte befinden, und dass andererseits — wie schon derzeit hervorgehoben wurde — die angenommene Zahl von 3000 intralaryngealen Operationen aller Wahrscheinlichkeit nach der Wirklichkeit **nicht annähernd** entspricht.

Nichtsdestoweniger ist die Richtigkeit der aufgestellten Proportion bestritten und in letzter Zeit einem Theile des Laienpublikums durch Veröffentlichungen in politischen Blättern eine völlig unberechtigte Besorgniss vor den angeblichen Folgen intralaryngealer Eingriffe bei gutartigen Neubildungen beigebracht worden, wobei der Umstand, dass jüngstens mehrere neue Fälle solcher Umwandlung berichtet worden sind, bereits zur Stütze der betreffenden Ansicht verwerthet wird.

---

*) Ein Bericht über dieselbe wird später erfolgen.

Ich brauche nicht auseinanderzusetzen, dass es sich bei dieser Frage nicht nur um die wichtigsten Interessen der Laryngologie, sondern vor Allem um das Glück, die Gesundheit, die Erwerbsfähigkeit vieler Menschen handelt.

Wäre es wahr, dass eine bösartige Degeneration vorher gutartiger Kehlkopfgeschwülste häufig auf den durch intralaryngeale Operationen gesetzten Reiz zurückzuführen ist, so wäre damit, meiner Ueberzeugung nach, der intralaryngealen Chirurgie das Todesurtheil gesprochen; erfolgte eine solche Degeneration nur in einem irgendwie nennenswerthen Bruchtheil aller Fälle intralaryngealer Operationen, so wäre es offenbar unsere Pflicht, zur Zeit des Vorschlags einer solchen Operation die Möglichkeit einer späteren bösartigen Degeneration als Folge des Eingriffes dem Patienten gegenüber namhaft zu machen, was sicherlich eine beträchtliche Zahl vor der Einwilligung zur Operation zurückschrecken wird; ist aber andererseits die Behauptung unbegründet, so ist es offenbar im höchsten Grade wünschenswerth, ihre Hinfälligkeit auf Grund unanfechtbarer Thatsachen so schnell als möglich zu erweisen.

Aus diesen Motiven unternimmt es das „Internationale Centralblatt für Laryngologie und Rhinologie" der Frage durch Anstellung einer Sammelforschung unter den Laryngologen der Welt auf den Grund zu gehen und ersucht Sie, sehr geehrter Herr College, um Ihre freundliche Mitwirkung. Die Frage bewegt sich auf dem eigensten Gebiete der Laryngologie und eignet sich, wie kaum eine andere, zur Lösung durch Sammelforschung. Die dem Einzelnen erwachsende Mühe wird, wie ich denke, reichlich aufgewogen durch das Bewusstsein zur Lösung einer derartigen, für die leidende Welt wie für die Principien unserer Thätigkeit hochwichtigen Frage beigetragen zu haben.

Die Sammelforschung soll am 31. März 1888 abgeschlossen werden, und bitte ich Sie dringend, einliegenden Fragebogen bis spätestens zu diesem Datum, womöglich aber schon früher, ausgefüllt an mich unter Adresse:

Dr. Felix Semon,
39 Wimpole Street.
W., **London.**

zurückgelangen zu lassen.

Das Resultat wird so schnell als möglich im Centralblatt veröffentlicht und es wird Sorge getragen werden, dass dasselbe den Redactionen der führenden medicinischen Blätter der Welt zugänglich gemacht wird. Ich werde mir erlauben, den Nicht-Abonnenten des Centralblatts, welche die Güte haben, uns durch Mittheilung ihrer Erfahrnngen zu unterstützen, einen Separatabdruck des betreffenden Artikels zugehen zu lassen*).

In der zuversichtlichen Hoffnung auf Erfüllung meiner Bitte zeichne ich

hochachtungsvoll und ergebenst

Der Herausgeber des Internat. Centralblatts
für Laryngologie und Rhinologie.

*) Fragebogen sind sowohl auf Wunsch von dem Herausgeber wie von dem Verleger des Centralblatts zu beziehen.

II. Referate.

a. Allgemeines und äusserer Hals.

1) **Brown-Séquard (Paris). Ueber die verschiedenen Wirkungen einer Reizung der vorderen Halsregion und insbesondere über den Sensibilitätsverlust und den Tod. (Sur divers effets d'irritation de la région cervicale antérieure et en particulier de la perte de la sensibilité et de la mort.)** *Académie des sciences. France méd. p. 55. 19. April 1887.*

Aus den verschiedenen von Brown-Séquard an verschiedenen Thieren gemachten Erfahrungen geht hervor, dass die Theile, welche im Stande sind, durch Inhibition eine allgemeine Analgesie hervorzurufen, in folgender Reihe, je nach dem Grade ihrer Wirkung zu ordnen sind:

1. Das Maximum besteht da, wo die Fasern der Nervi laryng. superior. sich verzweigen.

2. Einen geringeren Grad zeigen die Stämme dieser Nerven und einen noch viel geringeren der Stamm der Vagusnerven oberhalb des Abganges der Laryngei superiores.

3. Die Trachea, von der aus bisweilen eine fast vollständige Analgesie erzeugt werden kann; dieselbe schwindet jedoch, wenn man die Trachea einschnürt.

4. Das Minimum existirt in der Haut der vorderen Halsgegend, besonders im Niveau des Larynx.

Eine Incision der Halshaut würde von allen Reizmethoden die stärkste Störung der Sensibilität erzeugen; daher erklärt sich auch die relative Schmerzlosigkeit der Tracheotomie.

Die Haut des Halses und der Kehlkopf besitzt noch weitere hemmende Fähigkeiten. Dieselben können, ohne den Einfluss eines mechanischen Reizes, Aufhören der Herzaction, der Respiration und auch jeder Gehirnthätigkeit bewirken. Es geht also etwas Aehnliches vor, wie beim Stich des verlängerten Markes.

E. J. MOURE.

2) **Robert F. Weir. 1. Verletzungen der Nase. 2. Eigenthümlicher Knochentumor der Nase. 3. Exstirpation der Bursa subhyoidea. (1. Injuries of the nose. 2. Peculiar bony tumour of the nose. 3. Exstirpation of a subhyoid bursa.)** *Philadelphia Med. News. 5. März 1887.*

1. Der Patient war vor 15 Jahren 7 Fuss tief hinuntergefallen und hatte sich seine Nase gestossen, welche offenbar durch einen Bruch des knorpeligen Septums abgeplattet wurde. Die Nase wuchs in der unteren Partie in die Breite und war eingesunken und die Nasenfortsätze des Kieferbeines ragten stark hervor. Das Septum war $1^1/_2$ Ctm. unterhalb der Haut sehr verdickt, aber nicht verkrümmt. Weir stiess einen Holzschneidermeissel durch die Oberkieferfortsätze, trieb diese nach innen und gegen einander und hielt sie in situ durch eine quer durch die Nase gehende Nadel, deren Enden vor Hautverletzungen durch Zwischenpolsterung mit Jodoformgaze geschützt waren. An der Nasenspitze wurde die dicke Haut

vom Inneren der Nase aus durch subcutane Schnitte vom Knorpel in grosser Ausdehnung aufwärts abgelöst und nach vorn gezogen; beide Enden wurden durch einen Silberdraht mittelst eines Schrotkornes über einer kleinen Korkplatte befestigt, so dass die breite, abgeflachte untere Fläche der Haut zusammengebracht werden konnte.

2. Der Tumor bestand offenbar aus einer stark entwickelten unteren Nasenmuschel, welche den ganzen Nasenweg verschloss. Er wurde mit einer Zange entfernt, nachdem man eine Incision von der Mitte der Oberlippe um die Nase herum gemacht hatte, so dass man letztere erheben und freien Zugang zur Nasenhöhle erhalten konnte.

3. Der Schleimbeutel hatte 15 Jahre lang bei einem 22jährigen Manne bestanden und hatte die Grösse eines kleinen Eies erreicht. Er war vor 4 Monaten in einem anderen Krankenhause massirt und mit Jodtinctur injicirt worden. Da W. es für schwierig hielt, diese dünnwandige Cyste genügend loszulösen, so entleerte er sie mit einem Trocart und injicirte geschmolzenes Paraffin, welches weit unter 100° C. flüssig wird und welches er nachher mit einem kleinen Eisbeutel abkühlte. Das ganze Verfahren dauerte nicht 5 Minuten. Auf diese Weise war Weir im Stande, mit Leichtigkeit den ganzen Sack, nachdem er ihn durch einen Schnitt in die Haut und den Musc. thyreohyoid. freigelegt hatte, zu entfernen, selbst bis zu seiner Anheftung an den hinteren Rand des Zungenbeines. Dieser Theil würde zweifellos dem Schnitt entgangen sein, wenn man die Cyste schlaff gelassen hätte, anstatt sie in eine harte und feste Masse zu verwandeln. Dieselbe Methode hatte ihm auch in anderen Fällen gute Dienste geleistet; sie ist sehr zu empfehlen, da man das Bestehen einer Fistel vermeidet, welche so oft von der Entzündung des Schleimbeutels zurückbleibt. LEFFERTS.

3) **R. F. Weir. 1. Fibrosarcom der Nase. 2. Crico-Laryngotomie. 3. Cricotomie. (1. Fibro-sarcoma of the nose. 2. Crico-laryngotomy. 3. Cricotomy.)** *New-York Med. Journal. p. 282, 285. 12. März 1887.*

1. Bei der rhinoscopischen Untersuchung des 42jährigen, an einem intranasalen Tumor leidenden Patienten ergab sich, dass der Nasenrachenraum frei war, indem der Tumor nicht bis zu den Choanen reichte. Es wurde ein Versuch gemacht, ihn zu entfernen, indem man ihn quer durch die Nase von seinen Ansatzpunkten losschnitt, in gleicher Höhe mit den Augen, hierauf die Nasenbeine durchsägte und den Schnitt abwärts zur rechten Seite der Nase entlang der Nasenlippenverbindung des linken Nasenflügels führte. Dadurch konnte man die ganze Nase auf die linke Seite schieben und hatte freien Zutritt zum ganzen Tumor. Nach Entfernung einer Quantität weicher Geschwulstmasse mittelst Curette und Drahtschlinge fand man, dass der Tumor so weit sich in die Siebbein- und Keilbeinzellen hinein erstreckte, dass es unvorsichtig gewesen wäre, ihn weiter zu verfolgen. Die Höhle wurde mit Jodoformgaze tamponirt, Patient machte eine schnelle Heilung durch und verliess nach 2 Wochen sehr gebessert das Krankenhaus. 6 Wochen später hatte er leichten Strabismus divergens und Amblyopie auf dem rechten Auge; bald darauf entstand

totaler Sehverlust auf diesem Auge und das andere wurde auch ergriffen. Es zeigte sich also deutlich, dass der Tumor sich nach dem Gehirn oder wenigstens ins Innere des Schädels ausgebreitet hatte.

2. Die Operation wurde bei einem 8jährigen Kinde behufs Entfernung eines Papilloms unternommen, da intralaryngeale Versuche zur Exstirpation erfolglos waren. Das Resultat war gut.

3. Die in diesem Falle ausgeführte Operation war eine ungewöhnliche. Ein 2jähriges Mädchen erschien nicht geeignet zur chirurgischen Behandlung per vias naturales. Sie war heiser geworden, als sie einige Monate alt war, athmete mit Beschwerden und hatte zuletzt mehrere schwere Dyspnoëanfälle. Durch eine 6 Ctm. lange Incision wurde der Ringknorpel und das Ligam. cricothyreoideum gespalten und die Wundränder der Luftwege getrennt gehalten, so dass man das Papillom gut übersehen konnte. Dasselbe wurde in zahlreichen kleinen Stücken mittelst einer schlanken Zange, feinen Scheere und eines kleinen scharfen Löffels entfernt. Der Larynx war in seinem oberen Theile leicht zu untersuchen, indem man die Stimmbänder mit einer Zange getrennt hielt. Die Wunde des Ringknorpels wurde mit Catgut geschlossen und es erfolgte schnelle Heilung. Patientin verliess leicht athmend das Hospital, die Stimme war jedoch nicht wieder hergestellt. Später erfuhr man, dass die Stimme sich wieder verschlechtert hatte, ein Zeichen, dass wahrscheinlich ein Stück der Neubildung in situ zurückgelassen worden war.

LEFFERTS.

4) **H. A. Thomson** und **J. W. Dewar. Klinischer Bericht über einige Fälle aus dem Royal Hospital für kranke Kinder. (Clinical report of the cases in the Royal Hospital for sick children.)** *Edinburgh Med. Journ. Mai 1887.*

Casuistische Mittheilungen. Von Interesse für die Leser des Centralblatts sind: 1) Halsphlegmone, zum Tode führend. 2) Ranula. 3) Fremdkörper im Larynx. 4) Mediastinaltumor, die Trachea comprimirend.

MAC BRIDE.

5) **D. Newman** (Glasgow). **Zwei Vorlesungen über syphilitische Krankheiten der oberen Luftwege; ihre Pathologie, Symptomatologie und Therapie nebst einigen erläuternden Fällen. (Two lectures on syphilitic diseases of the upper air-passages; their pathology, symptoms and treatment with illustrative cases.)** *Glasgow Med. Journ. Dec. 1886. Jan. u. Febr. 1887.*

Diese Vorlesungen eignen sich kaum zum Auszug, da sie zwar einen sehr schönen Bericht über den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse von der Syphilis der Nase, des Mundes und des Halses geben, jedoch nichts Neues bringen.

MAC BRIDE.

6) **E. Schwimmer. Tuberculose der Haut und der Schleimhäute.** *Orvosihetilap. No. 1. 1887.*

Tuberculose und Lupus haben zwar viel Gemeinsames, können aber nicht als ganz gleiche Processe angesehen werden. Die Hauptunterschiede sind: 1) Tuberculose entwickelt sich schnell, Lupus langsam. 2) Tuberculose entsteht fast immer auf der Schleimhaut und greift von da auf die Haut über, bei Lupus gerade umgekehrt; auch gehören die Fälle von primärem Lupus der Nase, Larynx

zu den Raritäten. 3) Lupus ist selten von Einfluss auf den Organismus. 4) Das Verhalten der Bacillen, die bei Tuberculose massenhaft, bei Lupus nur einzeln vorkommen. BAUMGARTEN (CHIARI).

7) **Vergely** (Bordeaux). **Lepra anaesthetica. (Lèpre anesthésique.)** *Soc. méd. et chir. de Bordeaux. 29. April 1887.*

V. theilt im Verlaufe seiner Beobachtung mit, dass der Kranke einige Lepratuberkel an der inneren Seite eines der Giessbeckenknorpel, auf dem Gaumensegel und an der vorderen Partie der unteren Nasenmuscheln zeige.

E. J. MOURE.

8) **D. Bryson Delavan. Erysipel der oberen Luftwege nebst einem Fall. (Erysipelas of the upper air-passages with case.)** *New-York Med. Record. 23. April 1887.*

Nachdem D. eine kurze Uebersicht über die Literatur dieses Gegenstandes geliefert hat, berichtet er folgenden interessanten Fall.

Im Anschluss an ein Erysipel des Kopfes und des Gesichts, wobei die Kopfschwarte schon im Erblassen war, wurde Patient von Schmerzen im Pharynx und Schlingbeschwerden befallen, worauf die Entzündung sich auf die Nasenhöhlen, den Nasenrachenraum, die Rachengegend, den Larynx, den Mund und die benachbarten Drüsen ausbreitete. Dabei kehrten gleichzeitig die Allgemeinsymptome schwerer als früher zurück. Es bestand auch leichtes Delirium und deutliche Störung des Bewusstseins. Nach 10 Tagen wurde ein Pharynxabscess (?) geöffnet und ca. 45 Grm. dunklen, blutigen Serums entleert. Zwei Tage später war die Krankheit auf ihrer Höhe; es bestand grosse Prostration. Auf dem Gesicht und dem Schädel erschien das Erysipel von Neuem. Grosse Abmagerung, Bewusstsein getrübt, Puls schwach. Die Untersuchung der oberen Luftwege zeigte intensive Schwellung der Nasen-, Pharynx-, Rachen- und Kehlkopfgegend, welche mit reichlichem schleimig-eiterigem Secret erfüllt waren. Es bestand ferner eine Schwellung auf beiden Seiten des Pharynx hinter den Mandeln, besonders deutlich rechts, wo, wie er behauptet, der Abscess existirt hatte, ferner ausgesprochenes Oedem der Epiglottis, der Giessbecken- und der aryepiglottischen Falten, leichte Dyspnoe und intensive Schluckbeschwerden.

Die Behandlung bestand in Säuberung der Theile mit alkalinischen Sprays, Dampfinhalationen, Spray von Zinkchlorid; Eisen, Chinin mit Stimulantien innerlich. [Was war der Ausgang? Red.] LEFFERTS.

9) **J. S. Davis. Erysipel der oberen Luftwege. (Erysipelas of the upper air-passages.)** *St. Louis Courier of Medicine. April 1887.*

Bericht über einen Fall. Heilung. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

10) **R. Pollock** (Pollockshields). **Die Behandlung des Erysipels. (The treatment of erysipelas.)** *Glasgow Medical Journal. Mai 1887.*

Ein kurzer Hinweis auf das Erysipel des Halses. Es werden innerlich Aconit, antiseptische Inhalationen und eventuell die Tracheotomie empfohlen.

M'BRIDE.

11) **J. M. Harwood. Erysipel der Nase mit Darmblutung. (Erysipelas of the nose with intestinal haemorrhage.)** *American Practitioner and News. 30. April 1887.*

Es wird ein Fall berichtet, in dem das Erysipel, an der Nase beginnend, die oberen Luftwege ergriff und sich auf den Intestinalcanal erstreckte, in dem es eine, über eine Woche andauernde, dreimal sehr profuse Blutung hervorrief.

Der Autor glaubt, dass die Krankheit längs der Speisewege sich fortgepflanzt habe, wie sie sich sonst über die Haut ausbreitet. LEFFERTS.

12) **J. A. Henning. Erysipel der oberen Luftwege und der Lungen. (Erysipelas of the upper air-passages and lungs.)** *Chicago Medical Times. März 1887.*

Verf. behauptet, 5 derartige Fälle behandelt zu haben. Seine Diagnose steht jedoch nicht über allem Zweifel und die gelieferten klinischen Details sind zu dürftig, um gegen oder für die Sache zu zeugen. LEFFERTS.

13) **E. F. Wells. Erysipel ausgehend vom Pharynx. (Erysipelas developing in the pharynx.)** *New England Medical Monthly. 15. März 1887.*

Wells berichtet einen unzweifelhaften Fall dieser seltenen Affection, in dem der Pharynx von Erysipel befallen wurde, welches auf den äusseren Hals und die untere Partie des Gesichts überging, und zwar verbreitete sich die erysipelatöse Entzündung vom Rachen auf die Nase, ging dann nach aussen und seitlich auf die Wangen und abwärts gegen den Hals.

Patient war mehrere Tage erysipelatöser Infection ausgesetzt gewesen, ehe das Leiden bei ihm auftrat. Die Behandlung bestand wie gewöhnlich in Tinct. ferri, Chinin und Stimulantien. LEFFERTS.

14) **Lafitte** (Klinik des Dr. Cornil, Paris). **Typhus, Erysipel des Gesichts, Tod, Section. Gangränöse Stelle der Pharynxschleimhaut etc.) (Fièvre typhoide, Erysipèle de la face, Mort, Autopsie. Plaques de gangrène de la muqueuse pharyngienne etc.)** *Journ. des connaiss. médic. p. 117. 14. April 1887.*

Die gangränöse Stelle sass auf der hinter dem Giessbecken und ein wenig über der Epiglottis gelegenen Rachenwand. Die anderen Affectionen waren die des Typhus. E. J. MOURE.

15) **Lyall. Ein Fall von Entzündung des tiefen Zellgewebes des Halses. (A case of inflammation of the deep cellular tissue of the neck.)** *Edinburgh Medical Journal. Febr. 1887.*

Der einzige Punkt von besonderem Interesse bei diesem Fall ist der Umstand, dass nach der Incision durch die Halsfascie „eine Menge fötiden Gases und wenig saniöser Eiter entleert wurde". M'BRIDE.

16) **A. Kormilow** (Moskau). **Chirurgische Bemerkungen. (Chirurgischeskia sametki.)** *Med. obosren. No. 12. 1887.*

Unter anderen sind 2 Fälle von Angina Ludowici beschrieben, die nach frühzeitiger Incision günstig verliefen. LUNIN.

17) **Chabrol. Ueber Angina Ludowici. (De l'angine dite de Ludwig.)** *Thèse de Paris. No. 98. 1887.*

C. bringt zuerst die Geschichte dieser Krankheit, deren erster Fall auf Ludwig (1836) zurückgeht. Hierauf bespricht er die wenig auffälligen Prodromalerscheinungen der Affection, alsdann die Symptome, welche dieselbe charakterisiren, d. h. die schmerzlose Anschwellung, welche zuerst den Kieferwinkel vorn befällt, und sodann Kinn und Hals ergreift. Später tritt, indem Gangrän sich zeigt, eine Verschlimmerung der Allgemeinsymptome, Adynamie, Asphyxie, Unmöglichkeit den Kranken zu ernähren, endlich sehr häufig der Tod ein.

C. berichtet hierauf 7 Beobachtungen mit 3 Todesfällen durch Pyämie oder Asphyxie.

Das nächste Capitel bringt die Differentialdiagnose von Scharlach, Erysipel, Zahnschwellungen, Halsphlegmone, Entzündungen der Fleischmann'schen Bursa, suppurativen Mandelentzündungen, Parotitiden etc.

Bei Gelegenheit der pathologischen Anatomie bemerkt C., dass die Gewebe bald einfach roth, bald gangränös gefunden wurden, die Muskeln zerstört, während die Unterkieferdrüse bisweilen intact, bisweilen gangränös war. Man fand auch Affectionen der Pleura, des Pericards, der Brust und der Hirnventrikel.

C. nimmt mit Rose und Tissier an, dass diese Affection contagiös sei. Therapeutisch empfiehlt er energische Antiseptik des Mundes, Tonica und ergiebige Incisionen der Submaxillargegend mit Drainage und Lister'schem Verband.

E. J. MOURE.

18) **Lwow** (Gouv. Kiew). **Vier Fälle einer eigenthümlichen Erkrankung der Unterzungengegend. (4 slutschaia swoeobras nawo sabolewania podiasitschnei oblasti.)** *Russ. Med. No. 19. 1887.*

Soviel man aus der kurzen Beschreibung dieser 4 Fälle ersehen kann, erinnerten dieselben an Angina Ludowici, nur war in allen 4 Fällen eine weisse Membran auf der geschwellten Schleimhaut des Bodens der Mundhöhle zu sehen. In der Gegend herrschte Diphtheritis. Die Membranen stiessen sich am 2. oder 3. Tage ab. Die Fälle verliefen fieberlos (mit Ausnahme eines, der mit Angina phlegmonosa complicirt war) und endigten gegen den 9. Tag mit Genesung. Verf. glaubt nicht, dass es sich hier um eine Diphtheritis handelte, vermag aber nicht anzugeben, womit er es zu thun hatte. LUNIN.

b. Nase und Nasenrachenraum.

19) **John O. Roe. Correction der „Stumpfnase" durch eine einfache Operation. (The deformity „pug nose" and its correction by a simple operation.)** *New-York Med. Record. 4. Juni 1887.*

Wenn wir nach den Holzschnitten, welche der Autor dem Artikel beigegeben hat, urtheilen dürfen, so hat diese Operation einen entschiedenen kosmetischen Werth und wird sich dem schönen Geschlecht sehr empfehlen. Sie wird auch vielleicht dem Erfinder den Dank aller derjenigen bringen, welche den Wunsch haben, die Natur zu verbessern.

Es wird uns mitgetheilt, dass es drei Processe sind, welche während der

Entwicklung der Nase auftreten und ihr das Aussehen der sog. Stülp- oder Stumpfnasen verleihen können: 1) Uebermässige Entwicklung der Flügel und der knorpeligen Theile der Nasenspitze. 2) Mangelhafte Entwickelung oder Einsenkung oder Abflachung der Basis und des Rückens der Nase bedingende Processe, wobei die Nasenspitze normal entwickelt sein kann. 3) Eine Combination der oben erwähnten Processe in stärkerem oder schwächerem Maasse. Dieser letztere Zustand wird am häufigsten angetroffen. Zur Beseitigung der „Stumpfnase" wird folgende Operation ausgeführt: Zuerst wird die Sensibilität des Innern der Nasenspitze durch Cocain abgeschwächt (eine allgemeine Anästhesie ist nicht nöthig) und hierauf dieser Theil hell erleuchtet. Nachdem das Gewebe von demjenigen Theil, an dem die Schleimhaut nicht zu fest adhärirt, entfernt ist, soll die Schleimhaut nach hinten abgelöst werden, um nach der Operation wieder an die alte Stelle zurückgebracht zu werden.

Die Nasenspitze wird nach auf- und rückwärts gewandt und von einem Assistenten mit einem Haken gehalten. Alsdann wird ein genügendes Stück des überflüssigen Gewebes entfernt, um der Nase diejenige Gestalt geben zu können, welche wir wünschen. Man muss jedoch grosse Sorgfalt verwenden, um nicht zuviel Gewebe zu entfernen, desgleichen um nicht durch dasselbe in die Haut zu schneiden, damit wir nicht eine Narbe oder einen Auswuchs auf der äusseren Nasenfläche zurükbehalten.

In einigen Fällen ist keine Nachbehandlung erforderlich. In anderen ist es jedoch rathsam, einen Sattel oder eine Schiene an die Nasenspitze zu legen, damit sie bei der Heilung die gewünschte Form erhalte.

In manchen Fälten ist die starke und hässlich aussehende Nasenspitze nicht die Folge einer Wucherung des Gewebes. sondern der Missbildung der Knorpel der Nasenflügel, die sich nach aussen hervorwölben mit einer entsprechenden Concavität der Innenseite.

Nasen dieser Art sind leicht in eine hübsche Form zu bringen, indem man mit einem kleinen Tenotom an verschiedenen Stellen durch die Knorpel schneidet und zwar genügend, um ihre Elasticität zu zerstören. Wenn man dann eine silberne oder Hartgummiröhre von geeigneter Gestalt und Umfang in das Nasenloch einführt und, entsprechend dem Sattel an der Aussenseite der Nase, diese mit einer Aussen- und Innenschiene bedeckt, so zwingen wir das Geruchsorgan genau diejenige Gestalt anzunehmen, welche wir wünschen.

Während man diese Operation ausführt und der Nase ihre richtige Gestalt giebt, darf man nicht vergessen, die Nasenwege frei und unbehindert zu erhalten.

LEFFERTS.

20) **E. J. Moure. Scrophulose der Nase und der Nasenhöhlen. (Scrophulose du nez et des fosses nasales.)** *Soc. de méd. de Bordeaux et Journ. de méd. 2. Jan. 1887.*

Es handelt sich um einen Kranken. der von einer scrophulösen (Lupus) Affection der Nasenhöhlen, des linken Nasenlochs, des Gaumengewölbes und des Larynx befallen war.

In der Discussion spricht Vergely die Ansicht aus, dass es sich um Sy-

philis hereditaria tarda handle; Denot jedoch, welcher den Patienten kennt, erklärt, dass derselbe mehrere Monate eine specifische Behandlung ohne Erfolg gebraucht habe. AUTOREFERAT.

21) **W. A. Hardaway. Entzündung der Haarfollikel in der Nase. (Inflammation of the hair-follicles within the nares.)** *Journ. of cutaneous and venereal diseases. New-York. Dec. 1886.*

Der Autor behandelt die nicht ungewöhnliche, sehr unangenehme und schmerzhafte Affection mit Calcium sulf. in Dosen von 6 Mmg. innerlich. Local wendet er in dem acuten Stadium eine Mixtur von Glycerin und Glycerol mit Plumbum subacet. an, während in den späteren Stadien dieselbe Behandlung wie beim Eczem angewandt wird. Er behauptet, das diese Affection mit Störungen des Allgemeinbefindens in Zusammenhang sehe. LEFFERTS.

22) **Horand. Acne syphilitica der Nase. (Syphilide acnéique du nez.)** *Soc. méd. chirurg. des hôp. de Lyon.* Sitzung am 26. Juni 1885.

Nichts Besonderes. E. J. MOURE.

23) **Gruget** (Nantes). **Tumoren des Nasenrückens. (Tumeurs du dos du nez.)** *Soc. anat. de Nantes. 23. März* in *Gaz. méd. de Nantes. 9. April 1887.*

1. Bei einem Kind von 8 Tagen glaubte man an einen Tumor, gebildet von der Haut und der Scheidewand, welche beiden Theile zur Zeit der Vereinigung beider Gesichthälften zusammengepresst zu sein schienen.

2. Der zweite Fall betrifft einen Epithelialtumor, exstirpirt vom Nasenrücken einer 65jährigen Frau.

3. Endlich zeigte derselbe Autor eine kleine Epulis, welche sich an der hintersten Partie des Zahnfleisches des Unterkiefers entwickelt hatte.

E. J. MOURE.

24) **Vieusse. Dermoidcyste des Nasenrückens. (Kyste dermoide du dos du nez.)** *Rev. méd. de Toulouse. 15. Juni 1887.*

V. berichtet die Geschichte eines Kranken von 32 Jahren, der einen Tumor an der mittleren Partie des Nasenrückens hatte. Im Alter von 7 Jahren bemerkten die Eltern das Vorhandensein einer Neubildung. An der Vereinigungsstelle des unteren Drittels mit den beiden oberen Dritteln des Nasenrückens existirt eine Oeffnung, in welche die Sonde 3 Ctm. weit von unten nach oben eindringt. Wenn man sie zurückzieht, bringt man etwas fettige Materie mit. Die Haut ist normal. Das Skelet der Nase ist intact. V. schlägt die Exstirpation vor.

E. J. MOURE.

25) **A. Tepljaschin** (Wjatka). **Pädiatrische Casuistik. (Pediatritscheskaja kasuistica.)** *Med. Obosren. No. 7. 1887.*

Unter anderem theilt Verf. 4 kurze Krankengeschichten mit, in welchen es nach Variola vera 1 mal zur partiellen und 3 mal zur vollständigen Verwachsung der Nasenlöcher gekommen war. Der jüngste Pat. war 1 Jahr alt und bei ihm bestand die Verwachsung schon 4 Monate, ohne den Knaben im Trinken und in seiner körperlichen Entwicklung zu stören. In allen 4 Fällen wurde die Verwachsung getrennt und die Oeffnung mit Laminarien erweitert. LUNIN.

26) **F. H. Potter. Einige allgemeine Regeln zur Feststellung der Nothwendigkeit einer Operation in den Nasenwegen. (Some general rules which will determine the necessity of an operation in the nasal passages.)** *Buffalo Med. and Surg. Journ. Mai 1887.*

Die Schlüsse, zu denen der Autor in seiner Arbeit kommt, können, wie folgt, formulirt werden:

Die Nase bedarf der Behandlung so oft als 1) eine Reizursache; 2) eine Beeinträchtigung des normalen Athemraums; 3) eine Störung der ihr eigenthümlichen Drainage vorhanden ist. LEFFERTS.

27) **Wm. C. Jarvis. Rhigolen-Anaesthesie in der intranasalen Chirurgie. (Rhigolene anesthesia in intranasal surgery.)** *Eastern Med. Journ. 1. Jan. 1887.*

Der Autor behauptet, dass die Wirkung des Cocains bei Operationen in der Nase keineswegs verlässlich ist. Zahlreiche Beispiele beweisen, so meint er, dass der Erfolg der Cocainanästhesie bei einem Individuum kein Beweis dafür ist, dass es ebenso bei anderen wirkt. Die Erfahrung hat ihn vielmehr gelehrt, vorsichtig zu antworten, wenn er rücksichtlich der Schmerzen befragt werde. Das Erbrechen, welches in einzelnen Fällen auftritt, der Schwindel und leichte, aber unangenehme Blutungen, welche bei der Cocainanästhesie sich zeigen, sind in der Geschichte des Rhigolen unbekannt. Letzteres übt seine Wirkung als intranasales Schmerzlinderungsmittel fast sofort aus; fortgesetzt ist es vollkommen gefahrlos, wenn es zweckmässig angewandt wird; es verursacht auch keine sonstige Störungen. Die Arbeit schliesst mit einer Beschreibung des Armamentariums, welches für die Anwendung der Rhigolen-Anästhesie nothwendig ist und der Methode für den Gebrauch der Apparate. Es folgt dann der klinische Bericht einiger Fälle, welche die Wirkung des Rhigolen erläutern. LEFFERTS.

28) **H. Holbrook Curtis. Eine Abhandlung betreffend einige Punkte in der laryngologischen und rhinologischen Praxis. (A paper concerning a few points in practical laryngological and rhinological work.)** *New-York Medical Record. 30. April 1887.*

H. erklärt, dass eine subacute catarrhalische Entzündung in allen Fällen vorhanden ist, wo vor einiger Zeit eine Nasenstenose bestanden hat. Diese kann durch Verkrümmungen des Septum, durch Hypertrophie der Nasenmuscheln, oder durch Schwellungen des erectilen Gewebes der Nasenmuscheln, oder in Folge eines Mangels an vasomotorischem Tonus, welcher zur permanenten Dilatation des darin enthaltenen Venenplexus führt, hervorgerufen sein. Diese subacute catarrhalische Entzündung erstreckt sich auf den Pharynx und ist gewöhnlich von einer geringeren oder stärkeren Hypertrophie der Follikel der hinteren Rachenwand begleitet. Diese sogenannte Pharyngitis granulosa entsteht durch Mundathmung und verschwindet sofort, sobald die Athmung durch die Nase frei wird.

Je mehr die Luftwege der Nase verschlossen sind, um so ausgedehnter ist die Hypertrophie der Pharynxfollikel. Jede Behandlung, die sich nur auf diese Drüsen ohne Erweiterung der Nasenhöhlen richtet, ist eine verfehlte.

Ein chronischer postnasaler Catarrh ohne Stenose existirt nicht. Zustände,

welche einen solchen vortäuschen, können gewöhnlich auf Erkrankung der Siebbeinzellen, besonders der vorderen Reihe, zurückgeführt werden.

Die Erkrankung der Siebbeinzellen ist gewöhnlich durch eine Hypertrophie der mittleren Nasenmuschel und nachfolgenden Verschluss des Abflusses des Secrets der Zellen bedingt.

Eine erfolgreiche Behandlung der Zustände liegt in der Hebung der Nasenstenose. H. bewirkt diese durch Cauterisation mittelst Chromsäure.

Nach H.'s Meinung ist die Wiederherstellung des Luftstroms durch die oberen Luftwege, und besonders durch den unteren Nasengang für die Behandlung aller Affectionen des Larynx nicht specifischer oder nicht tuberculöser Natur so wichtig, dass er — und er sagt das mit voller Ueberlegung — die flache Sonde und die Chromsäure nicht gegen die combinirten Douchen, Sprays und sonstigen Behandlungsmethoden des besteingerichteten laryngologischen Etablissements vertauschen würde. Keineswegs will er damit aber die Anwendung des Sprays als eines Hilfsmittels für die Behandlung verwerfen. LEFFERTS.

29) C. A. Bucklin. **Nasenstenose: Ihre Wirkung auf das Auge, Ohr, Pharynx, Larynx und Gehirn. (Nasal stenosis: its effects on the eye, ear, pharynx, larynx and brain.)** *New-York Med. Times. Mai 1887.*

Verfasser meint, dass viele Patienten an Krankheiten des Auges, Ohres etc. behandelt werden, welche durch Nasenstenose bedingt sind und schwinden würden, sobald die Nasenwege frei sind. Er hat eine Säge zur Entfernung knöcherner Neubildungen erfunden. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

30) Sir Andrew Clark (London). **Eine schnelle und zuweilen erfolgreiche Behandlungsmethode des Heufiebers. (A speedy and sometimes succesful method of treating hay-fever.)** *British Medical Journal. 11. Juni 1887.*

Drei Factoren bedingen, Clark zufolge diese Affectionen: Nervöse Constitution, localer Reizzustand und eine äussere erregende Ursache, zumeist Pollenkörner, bisweilen ein anderer Reiz.

Eine gegen den Allgemeinzustand gerichtete constitutionelle Behandlung genügt nicht. Entfernung der schädlichen Ursache, wie z. B. durch eine Seereise, ist, wenn ausführbar, stets erfolgreich.

Mittel zur Linderung des Reizzustandes der Schleimhaut sind unsicher und ungenügend.

C. zieht es vor, den Reizzustand der Schleimhaut zu vernichten. Patient ist einem Regimen zu unterwerfen, welches sein Allgemeinbefinden bessert.

Die Localbehandlung, welche C. empfiehlt, ist die Bepinselung der Schleimhaut der Nasenhöhle mit einer Mixtur aus:

Chinin. sulfur. 30,0,
Chinin. mur. 4,0,
Hydrarg. bichlor. corros. $^1/_{2000}$.

Wärme ist nothwendig, um das Chinin zu lösen.

Die Lösung soll auf alle Theile der Nasenhöhle applicirt werden.

Die unmittelbare Wirkung ist stets unangenehm und dauert $^1/_2$ Stunde bis

einen halben Tag an. Patient sollte stets hierauf aufmerksam gemacht werden, bevor man die Behandlung unternimmt.

C. hat diese Methode seit 20 Jahren befolgt. Er schätzt im Allgemeinen, dass er im Stande gewesen sei, $^1/_3$ der gesehenen Fälle weiter zu verfolgen. Davon ist die Hälfte für eine Heufiebersaison und eine Patientin ganz geheilt worden.

A. E. GARROD.

31) **Emond** (Mont-Dore). **Das Heufieber und seine Behandlung mit den Wässern von Mont-Dore. (De l'asthme de foin et de son traitement par les eaux du Mont-Dore.)** *Bullet. génér. de thérap. 30. Mai 1887.*

E. beschreibt zuerst die Krankheit und berichtet mehrere (6) Beobachtungen, um die Wirksamkeit der Wässer von Mont-Dore zu beweisen.

Er citirt nebenbei einige Namen ohne Literaturangabe. E. J. MOURE.

32) **Benoit. Heufieber oder spasmodische Rhinobronchitis. (De l'asthme des foins, hay-fever ou rhinobronchite spasmodique.)** *Paris méd. 14. Mai 1887.*

Es handelt sich um die Wiedergabe eines Theiles der These dieses Autors.

E. J. MOURE.

33) **J. L. Salinger. Reflexkrankheiten der oberen Luftwege. (Reflex diseases of the upper air passages.)** *Polyclinic Philad. Juni 1887.*

Ein rein mechanischer Nasenverschluss ohne eine besondere Form von localem Nervenreiz genügt nicht, um Asthma hervorzurufen. Es ist ein bemerkenswerthes Factum, dass Nasenpolypen und Hypertrophien des Gewebes, sobald sie Asthma erzeugen, fast regelmässig auf den hinteren Enden der Nasenmuscheln localisirt sind. Asthma bedeutet eine krankhafte Contraction der Bronchialmuskeln durch Vagusreiz und in diesen Reflexfällen wird der Reiz wahrscheinlich durch den Trigeminus ausgelöst.

Zum Beweis, dass eine reflectorische Erkrankung ohne grobe Läsionen statthaben kann, führt Verfasser einen Fall von Asthma an, welcher durch Einführung von Mentholbougies, nach Rosenberg, geheilt wurde.

Der Autor berichtet ferner über Fälle von epileptiformen Anfällen, Vertigo, Supraorbitalneuralgie, unfreiwilligen Muskelcontractionen wie Chorea, Laryngospasmus, Reflexhusten etc., welche durch Behandlung des vorhandenen Nasencatarrhs geheilt wurden. Er schliesst, indem er meint, dass Patienten, welche an den verschiedenen Formen dunkler nervöser Erkrankung leiden, einer sorgfältigen Untersuchung der oberen Luftwege unterworfen werden sollten. Selbst wenn keine localen Läsionen zu finden seien, so sollte man doch nicht vergessen, dass man durch locale Massnahmen das Centralnervensystem sehr wirksam beeinflussen könne. Von allen uns zu Gebote stehenden Mitteln ist aber der Galvanocauter das allerwirksamste. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

34) **J. H. Smith. Reflexreize, ausgehend von Deviationen des Nasenseptums und Hypertrophie der Nasenmuscheln. (Reflex irritations from deformities of the nasal septum and hypertrophy of the turbinated bones.)** *Texas Courier-Record of Medicine. Juni 1887.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

35) **Schlemmer** (Mont-Dore). **Theorieen über die Pathogenese des Asthma. (Des théories pathogéniques de l'asthme.)** *Union méd. 22., 24., 26. Febr. No. 25. 26 u. 27. 1887.*

Sch. setzt die verschiedenen Theorien des Asthma auseinander und bespricht dieselben einzeln. Hierbei widmet er ein Capitel dem Asthma nasalen Ursprungs.

Die Behandlung ist verschieden je nach den Ursachen, welche das Leiden hervorrufen.

Es folgt eine ziemlich ausführliche Literaturangabe, besonders der Arbeiten deutscher Autoren. E. J. MOURE.

36) **Guye** (Amsterdam). **Nasale Reflexneurosen. Literatur und eigene Beobachtungen. (Nasale Reflex-Neuroses. Litteratuur en eigene Waarnemingen.)** *Weekblad van het Nederl. Tijdschrift voor Geneesk. No. 24. 1887.*

Nach eingehender Berücksichtigung der diesbezüglichen Literatur theilt der Autor aus eigener Beobachtung 13 Fälle nasaler Reflexneurosen mit, welche sich folgendermassen äusserten:

Kopfschmerz mit und ohne Niesskrampf (1, 2, 3, 4).
„ mit Enuresis nocturna (5).
Vasomotorische Neurose (6).
Erysipelas (7).
Supraorbitalneuralgie (8).
Asthma mit und ohne Nasenpolypen (9, 10, 11).
Asthma hereditarium (12, 13). BAYER.

37) **B. Bettman. Augenleiden nasalen Ursprungs. (Ocular troubles of nasal origin.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 7. Mai 1887.*

Der Autor citirt einige Fälle von Thränenträufeln, Röthung der Lider, Erweiterung der Conjunctivalgefässe und Lichtscheu, welche der gewöhnlichen, auf das Augenleiden gerichteten Behandlung widerstanden, aber sich unmittelbar besserten, als die abnormen Zustände in der Nase beseitigt wurden. LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

38) **George E. Wherry** (Cambridge). **Beweglichkeit der Zunge. (Mobility of the tongue.)** *Brit. Med. Journal. 12. Febr. 1887.* **Sitzung der Cambridge Medical Society.**

Der Pat. war im Stande, seine Zunge hinter den weichen Gaumen zu bringen und jede Stelle des Nasenrachenraumes zu berühren. Er hatte diese Fähigkeit dadurch erlangt, dass er sich wiederholt bemühte, mit seiner Zunge seine chronisch gereizte Rachenschleimhaut zu berühren. A. E. GARROD.

39) **J. R. Stocker** (Liverpool). **Schwarze Zunge. (Black tongue.)** *Brit. Med. Journal. 2. Oct. 1886.*

Es handelt sich um einen 47jährigen Mann, der in der Mitte seines Zungenrückens zufällig einen schwarzen Fleck von der Grösse einer halben Krone entdeckte.

Seine Aufmerksamkeit wurde wahrscheinlich durch einen metallischen Geschmack auf denselben gelenkt. Da der Fleck allmälig wuchs, wurden Applicationen von Acid. sulf. und Acid. boricum empfohlen. Pat. brauchte beide und auch einen Fischbeinschaber. Die Farbe änderte sich von schwarz in braun, und nach circa 2 Monaten bemerkte man, dass sie allmälig schwand. (Pat.,welcher durch den vor einem Jahre erfolgten Tod seiner Frau sehr niedergeschlagen war, hatte zuletzt zum Chloroform seine Zuflucht genommen, um Schlaf zu finden.)

A. E. GARROD.

40) **R. Balfour-Graham** (Fifeshire). **Schwarze Zunge. (Black tongue.)** *Brit. Med. Journ. 1. Jan. 1887.*

Patientin war eine nervöse. circa 37jähr. Frau, welche an verschiedenen Krankheiten litt, und zwar Caries der Wirbel, chronischer rheumatischer Arthritis, einem Nierenleiden und wiederholten Erysipelen des Gesichts, der Beine und Hände. Die volle Hälfte des Zungenrückens hatte ein schwarzes Aussehen, ähnlich der Nase eines Hundes. Spitze und Ränder, sowie die meisten Papillae circumvallatae der Basis waren nicht schwarz. Die Zunge war hart, aber feucht. Patientin führte den Zustand ihrer Zunge auf den Gebrauch grosser Dosen Mercur zurück, welche sie vor 12 Jahren wegen anderer Leiden erhalten hatte und schrieb auch den Verlust ihrer Zähne diesem Umstand zu. Die Verfärbung verlor niemals ihren Charakter. A. E. GARROD.

41) **G. M. Humphry** (Cambridge). **Hypertrophie der Zunge. (Makroglossie.)** *Brit. Med. Journal. 12. Febr. 1887.*

Der Fall wurde in der Cambridge Medical Society von Francis vorgelesen. Es handelt sich um ein 5monatliches Mädchen. Die Zunge war schon bei der Geburt zu gross und nahm seitdem noch mehr an Umfang zu. Es bestand kein Zeichen von Glossitis. Das Kind starb plötzlich unter Ansteigen der vorher unregelmässigen Temperatur auf 42,0° C.

Die mikroscopische Untersuchung zeigte Hypertrophie und abnorme Vascularisation der Papillen und ein dickes sie bedeckendes Lager von Cuticularzellen. Die Lymphgefässe waren hier und da erweitert, aber es war weder eine Cyste, noch eine Hämorrhagie zu sehen. A. E. GARROD.

42) **Henry T. Butlin** (London). **Sarcom der Zunge; Exstirpation der halben Zunge, Heilung. (Sarcoma of the tongue; Removal of half of tongue, recovery.)** *Lancet. 26. März 1887.*

Ein Kutscher von 40 Jahren wurde am 16. October 1886 in's St. Bartholomews-Hospital aufgenommen mit einer Schwellung der linken Zungenhälfte. Seit zwei Monaten bestand eine Verhärtung in der Mitte der linken Zungenseite und die Schwellung existirte seit einem Monat Pat. hatte niemals Syphilis.

In der linken Zuugenhälfte war eine glatte, weiche, elastische Schwellung. Dieselbe überschritt nicht die Mittellinie, reichte aber von der Zungenwurzel bis zur Grenze zwischen vorderem und mittlerem Drittel. Die Zunge konnte nicht herausgestreckt werden. Es bestand keine Ulceration. In der Submaxillar-

gegend fühlte man eine harte, geschwollene Drüse. Die oberen Zähne waren meistentheils cariös.

Die Geschwulst wurde punctirt, es entleerte sich jedoch nur Blut. Patient nahm Jodkali in grossen Dosen, aber ohne Erfolg. Eine zweite Punction ergab wieder nur Blut.

Am 5. Novbr. machte B. eine Incision in den Tumor und fand, dass er solider Natur war. Hierauf wurde die Zunge gespalten und die linke Zungenseite, einschliesslich des Tumors wurde mit der Scheere entfernt. Die Gefässe wurden mit Seide unterbunden und die Wunde mit Jodoform bestreut.

Die Drüse unterhalb des Kiefers wurde nicht entfernt. Es zeigte sich, dass die Neubildung circumscript, weich und weiss war; nirgends war eine Kapsel sichtbar. Das Mikroscop ergab, dass der Tumor ein Rundzellensarcom (Lymphosarcom) war.

Fünf Tage nach der Operation trat eine geringe Blutung ein; es wurden deshalb zwei Gefässe unterbunden.

Der Pat. machte eine gute Reconvalescenz durch und verliess am 19. Novbr. das Hospital. Drei Wochen später war weder eine Drüsenschwellung noch ein Anzeichen eines Recidivs vorhanden. Die Schwellung der Submaxillardrüse war wahrscheinlich durch Druck auf den Ductus entstanden.

Es wird auf früher veröffentlichte Fälle hingewiesen. A. E. GARROD.

43) Faucon. **Epitheliom der Zunge, secundär nach Psoriasis linguae entstanden; Amputation mittelst des Thermocauters combinirt mit dem Linienecraseur. (Epithélioma de la langue consécutif à un psoriasis lingual. Amputation au moyen du thermocautère et de l'écraseur linéaire combinés.)** *Journ. des sc. méd. de Lille. 25. Febr. 1887.*

Der Titel zeigt an, worum es sich handelt. Verf. macht einige Bemerkungen über die in diesen Fällen geübten operativen Verfahrungsweisen.

E. J. MOURE.

44) Faucon. **Psoriasis der Zunge und Epitheliom. (Psoriasis lingual et épithélioma.)** *Journ. des sc. méd. de Lille. 25. März 1887.*

Bei Gelegenheit eines Patienten, der operirt und einem Recidiv erlegen war, stellt F. einige Betrachtungen über die Beziehungen des Epithelioms zur Psoriasis linguae an. A. E. GARROD.

45) Malherbe. **Recidiv eines Epithelialtumors der Zunge. (Tumeur épithéliale recidivée de la langue.)** *Soc. anat. de Nantes. 9. Febr.* und *Gaz. méd. de Nantes. p. 57. 9. März 1887.*

M. demonstrirt einen Tumor, den er bei einer 52jähr. Frau operirt hatte.

E. J. MOURE.

46) Castex. **Epitheliom der Zunge, hypertrophische Form. (Epithélioma de la langue, type hypertrophiant.)** *France méd. No. 22. 19. Febr. 1887.*

Es handelt sich um einen 49jähr. Mann, dessen Zunge ca. 4 cm aus dem Munde hervorragte. Ulceration, Induration im Niveau des linken Randes, sich über den grössten Theil des Rückens der Zunge ausbreitend. Heftige, nach den

Ohren ausstrahlende Schmerzen. Keine Adhärenz an den Boden des Mundes. Schwellung der submaxillaren Drüsen. Die Zungenspitze wurde von den Zähnen ohne Blutung abgebissen und als epitheliomatös degenerirt erkannt. Bei der Autopsie keine Metastasen.

Mit Rücksicht auf die Volumszunahme des Organs schlägt C. vor, diesem Tumor den Namen „hypertrophisch" zu geben im Gegensatz zu der von Morel Lavallée beschriebenen atrophischen Form.

E. J. MOURE.

47) **Heurtaux. Epitheliom der Zunge. (Epithélioma de la langue.)** *Soc. anat. de Nantes. 8. Oct. 1886* in *Gaz. méd. de Nantes. 9. Jan. 1887.*

I. Der Tumor wurde nach der Ligatur der Art. lingualis exstirpirt.

II. Der Autor demonstrirte auch einen Tumor (Enchondrom und Osteom) der Parotis, den er exstirpirt hatte.

E. J. MOURE.

48) **Creswell Baber** (Brighton). **Pulsirendes Gefäss in der hinteren Pharynxwand. (Pulsating vessel in the posterior wall of the pharynx.)** *Brit. Med. Journal. 19. März 1887.*

Eine kurze Notiz über eine Dame, welche B. wegen Taubheit consultirte.

Man sah in der Gegend der linken Tuben-Pharynxfalte ein senkrecht verlaufendes pulsirendes Gefäss, welches eine Hervorragung von dem Durchmesser eines Schieferstifts bildete.

Das Gefäss war wahrscheinlich die erweiterte Arteria pharyngea ascendens.

A. E. GARROD.

49) **Farlow** (Boston). **Fünf Fälle von grossen, mit blossem Auge sichtbaren und pulsirenden Arterien auf der hinteren Pharynxwand nebst Bemerkungen dazu. (Cinq cas d'artéries volumineuses visibles à l'oeil nu et pulsatiles sur le paroi postérieur du pharynx avec remarques.)** *Annal. des mal. de l'or. Febr. 1887.*

Der Titel dieses schon vorher im Ausland veröffentlichten Artikels zeigt an, worum es sich handelt.

E. J. MOURE.

50) **R. Norris Wolfenden** (London). **Ein Fall von Angiom des Pharynx. (A case of angioma of the pharynx.)** *British Medical Journal. 11. Juni 1887.*

Patientin, eine 25jährige Frau, consultirte W. wegen einer Schwellung vorn am Hals rechts, ungefähr in der Höhe des Zungenbeins. Die Geschwulst hatte etwa die Grösse eines Hühnereies, war weich und verursachte keine Unbequemlichkeit. Einige harte schnurgleiche Gefässe waren in der Substanz zu fühlen. Auf der rechten Seite des Halses hinten befand sich eine Anzahl harter, oberflächlicher varicöser Venen und ein grosses Angiom nahm die ganze rechte Seite der Hinterwand des Pharynx ein. Es schien von der hinteren und Seitenwand des Pharynx zu entspringen und dehnte sich bis zur Mittellinie aus, zum kleinen Theil auf die linke Seite sich erstreckend. Aufwärts ging es bis oberhalb des weichen Gaumens und abwärts bis zur Höhe der Zungenbasis, während einige varicöse Venen von dessen unterem Rande nach unten gegen den Oesophagus verliefen. Einige varicöse Venen zeigten sich auch an dem rechten vorderen Gaumenbogen

und auf der rechten Seite der Uvula. Derweiche Tumor vorn am Halse wurde erst bemerkt, als Patientin 7 Jahre alt war, aber sie hatte niemals irgend welche Unbequemlichkeit davon verspürt und war die Existenz des Pharynxtumors niemals gewahr geworden.

W. konnte in der Literatur keinen Bericht über einen ähnlichen Tumor finden, obwohl pulsirende Gefässe und Tumoren an der Pharynxwand beobachtet worden sind. A. E. GARROD.

51) **Monod** (Bordeaux). **Pharynxgeschwür. (Ulcération pharyngée.)** *Journ. de méd. de Bordeaux. 24. April 1887.*

M. stellt eine Kranke vor, die an einer Ulceration litt, deren Natur zweifelhaft erschien, die aber durch eine specifische Behandlung vollständig geheilt wurde.

Referent hatte schon früher bemerkt, dass das in Rede stehende Geschwür sicher syphilitischer Natur wäre [vgl. Centralbl. III. p. 242.] E. J. MOURE.

52) **Natier. 1. Acute Miliartuberculose des Schlundes. 2. Tumor des Kehldeckels. (1. Tuberculose miliaire aigue de l'arrière gorge. 2. Tumeur de l'épiglotte.)** *Soc. d'anat. de Bordeaux* in *Journ. de méd. de Bord. 12. Juni 1887.*

Der erste Fall bietet nichts Besonderes. Im zweiten nahm der Tumor, eine Cyste, sehr wahrscheinlich nicht den Kehldeckel, sondern die Zungenbasis und einen Theil des Sinus pyriformis rechterseits ein. E. J. MOURE.

53) **F. Lange. Sarcom des Pharynx, entfernt durch partielle Resection und Dislocirung des Unterkiefers. (Sarcoma of the pharynx removed by partial exsection and dislocation of the inferior maxilla.)** *Philadelphia Med. News. 19. März 1887.*

Das Sarcom nahm die linke Hälfte des Pharynx ein, erstreckte sich aufwärts hinter den weichen Gaumen und abwärts nach dem Halse, so dass es den Larynx verschob. Lange machte die präliminare Tracheotomie, hierauf eine Incision, entlang dem inneren Rande des Musc. sternomastoid. und entlang dem innneren Rande des Arc. zygomat., so dass der Kieferwinkel blossgelegt wurde, welcher subperiostal entfernt werden musste, um einen Zugang zum Tumor zu haben. Die Operation war eine lange und schwierige. LEFFERTS.

54) **Leopold Servais** (Antwerpen). **Zwei erfolgreiche Fälle von Entfernung colossaler Krebsgeschwülste der Maxilla superior. (Two succesful cases of removal of enormous cancerous growths of the superior maxilla.)** *Brit. Med. Journal. 19. Febr. 1887.*

55) **Bowreman Jesset** (London). **Entfernung beider Oberkiefer wegen sarcomatöser Neubildung. (Removal of both superior maxillary bones for sarcomatous growth.)** *Ibidem.*

Die drei im Titel genannten Fälle wurden der Medical Society of London am 14. Februar 1887 mitgetheilt. Ihr Interesse gipfelt in den operativen Maass-

nahmen, hinsichtlich derer, als den Aufgaben dieses Blattes ziemlich fern stehend, auf den Bericht im Brit. Med. Journal und späterhin auf die Originalmittheilungen in den Verhandlungen der Gesellschaft verwiesen werden muss. Die Servais'sche Arbeit enthält eine Statistik der relativen Frequenz der verschiedenen Arten von Neubildungen in der Oberkiefergegend. — Im ersten Fall handelte es sich um eine aus dem Munde eines neunjährigen Knaben hervorwuchernde 19 Ctm. lange, 23 Ctm. im Umfang habende Krebsgeschwulst, welche 6 Jahre zu ihrer Entwickelung gebraucht hatte. Entfernung nach der Fergusson'schen Methode. Schnelle Heilung. Bis jetzt (d. h. 4 Jahre nach der Operation) kein Recidiv. Im Fall II ist der Ausgangspunkt der Geschwulst nicht angegeben. Die kopfgrosse, sehr schmerzhafte Geschwulst bestand bei einer jungen Frau schon seit 10 Jahren. Die Operation dauerte fünf Stunden. Genesung nach ca. 3 Monaten. (Sollte es sich in diesen Fällen wirklich um krebsige Neubildungen gehandelt haben? Ref.).

In Jessett's Fall ging das Sarcom vom harten Gaumen aus, und war bereits nach vorgängiger localer Operation seitens Mr. Lucas' im Guy's Hospital recidivirt. Drei Monate nach der von Jessett vorgenommenen Radicalexstirpation noch kein Recidiv. Die Discussion bot nichts Erwähnenswerthes. SEMON.

56) **H. H. Clutton** (London). **Retropharyngealabscess. (Retropharyngeal abscess.)** *Brit. Med. Journal. 19. Febr. 1887*

Demonstration des Specimens vor der Pathol. Society of London am 15. Februar 1887. Der Pat., ein erwachsener an epileptischen Anfällen leidender Mann, verspürte nach einem solchen Anfalle plötzlich Schmerzen im Halse mit äusserer Schwellung der Halsgegend. Nach einiger Zeit Expectoration grosser, anscheinend aus dem Pharynx stammender Massen von Eiter und Schleim. Verbesserung, doch füllte sich bei Exspiration mit geschlossenem Munde und Nase die Abscesshöhle mit Luft. Laryngoscopische Untersuchung (Semon) zeigt geringe Schwellung unterhalb des linken Stimmbandes, über deren Natur sich nichts Näheres ermitteln liess. Einige Wochen später Bronchopneumonie und Tod. Bei der Autopsie fand sich ein durch drei runde Oeffnungen mit dem Oesophagus sowie durch eine unterhalb der Stimmbänder gelegene Oeffnung mit dem Larynx communicirender, gerade hinter dem Oesophagus gelegener [der Fall würde also wohl richtiger als retroösophagealer Abscess zu bezeichnen sein. Ref.] Abscess, der ausserdem auch mit der rechten Lunge in Verbindung stand, in welcher er gangränöse Pneumonie angefacht hatte. Ueber seinen Ursprung liess sich nichts Definitives ermitteln.

In der Discussion wurde von Mr. Marmaduke Sheild die Vermuthung ausgesprochen, dass der Abscess von einer durch den epileptischen Anfall producirten Blutung ausgegangen sein möge. Diese Vermuthung wurde indessen von Dr. Angel Money und Mr. Clutton bekämpft. Im Uebrigen förderte die Discussion nichts Besonderes zu Tage. SEMON.

57) **Nussbaum** (Wien). **Beitrag zur Casuistik multipler nucleärer Lähmungen.** *Wiener med Blätter. No. 2 u. 3. 1887.*

N. beschreibt einen Fall, in dem sich allmälig innerhalb 5 Monate Ptosis beider

Augenlider, fast völlige Unbeweglichkeit beider Bulbi, Doppeltsehen, Schwindel, Parese des rechten Facialis, Lähmung der rechten Seite des Velums ausbildete. Beim Phoniren sieht man, dass das rechte Liq. pharyngo-epiglotticum ganz schlaff bleibt, während das linke sich spannt. Die Epiglottis steht schief, die linke Kante höher. N. ist geneigt, diesen Umstand auf eine Parese des M. stylopharyngeus zurückzuführen, von dem ja einzelne Fasern durch das Lig. phar. epiglottic. zum Seitenrande der Epiglottis ziehen. Die Bewegungstörungen im Pharynx und Larynx führt er auf Läsion der Nervi facialis, vagus und glossopharyngeus zurück und zwar höchstwahrscheinlich auf eine in ihren Kernen auftretende Poliencephalitis. CHIARI.

d. Diphtheritis und Croup.

58) **Shingleton Smith** und **Waldo** (Bristol). **Drei Fälle von Catheterismus des Larynx. (Three cases of intubation of the larynx.)** *Lancet. 18. Juni 1887.*

Ein Kind von 2 Jahr 4 Monaten wurde mit croupösem Husten und Einziehung der Intercostalräume ins Krankenhaus aufgenommen.

Drei Stunden nach seiner Aufnahme wurde die Dyspnoe so stark, dass man die Bougirung machte. Das Kind hustete 1/2 Minute und athmete dann ruhig.

Am folgenden Tag ging Alles gut. T. 38,5—39,0 ° C.

Nach 37 Stunden wurde die Röhre entfernt; jedoch wieder eingeführt, als nach 3 Stunden die Dyspnoe zunahm. In wenigen Minuten wurde die Röhre aber beim Husten wieder hinausgeschleudert. Genesung.

Das zweite Kind, 5 Jahre alt, war eine Woche vor seiner Aufnahme an catarrhalischen Symptomen erkrankt. Eine Membran war nicht zu sehen. Der Urin enthielt eine Spur von Eiweiss.

Hier griff man auch wegen schwerer Dyspnoe zur Bougirung. Es trat eine sichtbare Besserung ein, jedoch nicht so vollständig, wie im ersten Fall.

Am nächsten Tag wurde der Husten schlimmer. Das Kind konnte zwar sprechen, aber nicht laut. 36 Stunden nach der Einführung der Röhre wurde diese durch einen Hustenanfall hinausgetrieben, und zwei Stunden später wurde eine Pseudomembran von ca. 2 Ctm. Länge ausgehustet. Schliesslich Genesung.

Der dritte Fall betrifft ein Kind von 3 Jahren, welches nach eintägiger Krankheit mit croupösem Husten und Dyspnoe aufgenommen wurde.

Da letztere bedrohlich wurde und ein Emeticum keine Besserung schaffte, so wurde die Bougirung ausgeführt. Die Operation verschafft sofort Erleichterung. Zwölf Stunden später fand man die an der Röhre befestigte Schnur durchgebissen, und die Röhre selbst war verschwunden. Man nahm an, dass sie verschluckt worden sei, da sie nicht ausgeworfen wurde. Da sich die Dyspnoe erneuerte, wurde mit einer stärkeren Röhre bougirt, aber diese wurde in 3/4 Stunden ausgestossen. Nach einigen Stunden wurde die Bougirung zum dritten Mal vorgenommen. Der Zustand des Kindes verschlimmerte sich, man hörte Rasseln hinten auf der Lunge, Puls 172, Respiration 49. Das Kind sank um und starb.

Die Temperatur war im Rectum unmittelbar nach dem Tode 42,0°. — Bei der Autopsie zeigten Trachea und Bronchien Zeichen von acuter Entzündung, die Lungen waren leicht ödematös. stellenweise collabirt; ausserdem war etwas Emphysem vorhanden.

Die verschluckte Röhre fand sich im Coecum, ohne irgendwo Läsionen hervorgerufen zu haben.

Die Autoren empfehlen, das Kind auf den Schooss der Wärterin mit leicht nach vorn gebeugtem Kopf zu setzen, während die Röhre eingeführt wird. Sie sind überzeugt, dass es ein Missgriff sei, die Röhre an die Wange des Kindes mit einer Schnur zu befestigen, da die unter der Schnur sich bewegende Zunge geeignet ist, die Röhre zu verschieben. und das Kind dadurch beunruhigt wird. Es besteht nämlich vielmehr die Neigung, die Röhre hinauszuschleudern, als in den Larynx hinabzuziehen.

Die Entzündung des Larynx und der Trachea in Fall III ist der Röhre zuzuschreiben. In den anderen Fällen bestand einige Zeit nach Entfernung der Röhre Heiserkeit. In allen dreien würde, wenn nicht bougirt worden wäre, die Tracheotomie erforderlich gewesan sein. Die Autoren meinen daher, dass die Fälle zeigen, dass die Operation in einigen Fällen von vollständig befriedigendem Erfolg begleitet würde, dass jedoch andererseits die Bougirung auch ernstere Gefahren mit sich bringt, als bis jetzt angegeben wurde. A. E. GARROD.

59) **Gouguenheim. Die Bougirung des Larynx bei der Diphtherie. (Le tubage du larynx dans la diphthérie.)** *Rev. génér. de clin. et thérap. 26. Mai 1887.*

G. bringt die Geschichte des Catheterismus des Larynx, über welchen er, wie er sagt, keine persönliche Erfahrung besitzt. E. J. MOURE.

60) **F. Huber. Bougirung, eine Studie über 47 Fälle. (Intubation, a study of 47 cases.)**

61) **J. O'Dwyer. Ernährung nach der Bougirung des Larynx. (Feeding after intubation of the larynx.)**

62) **Dillon Brown. Statistischer Bericht über die Bougirung. (Statistical records of intubation.)**

63) **W. P. Northrup. Pathologische Anatomie des Respirationscanals nach Tod an Larynxdiphtherie und Bougirung. (Pathological anatomy of the respiratory tract after death from laryngeal diphtheria and intubation.)**

64) **G. H. Hance. Ein Fall von Laryngotomie nach der Bougirung. (Case of laryngotomy after intubation.)** *Philadelphia Medical News. 11. Juni 1887.*

In einer Sitzung der Academy of Medecine N. Y. vom 2. Juni 1887 wurden die obigen Arbeiten verlesen und besprochen.

Huber theilte mit, dass von seinen 47 Fällen 29 mit 11 Heilungen Kinder unter 3 Jahren und 18 mit 9 Heilungen Kinder über 3 Jahre betrafen. Von den 11 unter drei Jahren war eins $9^1/_2$, eins $10^1/_2$, zwei 11 Monate alt; eins 1, zwei 2, zwei $2^1/_2$ und zwei 2 Jahre 8 Monate alt. Bei allen Kindern, zu denen er wegen Larynxstenose gerufen worden war, hätte er die Bougirung nur im Verhältniss

von 1 : 3 oder 4 für nöthig erachtet. Er meint auch, dass sie nur dann gemacht werden sollte, wenn gefährliche Symptome auftreten. Er machte sie in der That in einer Reihe von Fällen, wo er ein Jahr zuvor die Tracheotomie gemacht hätte. Hierauf ging er zur Besprechung derjenigen Zufälle und Unfälle über, welche bei der Bougirung aufgetreten sind und zu den Einwänden, welche gegen dieses Verfahren erhoben werden.

Die Bougirung besitzt alle Vortheile der Tracheotomie. Sie würde daher viele Fälle retten, wo die letztere verweigert wird, ebenso viele, die durch die Tracheotomie sterben würden, besonders also Kinder unter drei Jahren.

Von zwölf Fällen, bei welchen Huber tracheotomirte, verliefen zehn tödtlich. Er hat auch viele Fälle in den Händen Anderer gesehen, deren Resultate auch nicht günstiger waren, so dass er sich verpflichtet fühlt, der Bougirung grössere Vorzüge zuzuerkennen.

O'Dwyer erklärt, dass allerseits die Schwierigkeit beim Schlucken als der wichtigste Einwand anerkannt werden müsse, der gegen die Bougirung erhoben werde. Er habe lange die verschiedensten Modificationen in Gestalt von Larynxcanülen versucht, um diesen Einwand soviel als möglich abzuschwächen.

Die letzte Modification, welche er für gut befunden hätte, war die, dem oberen Theil der Röhre eine doppelte Krümmung nach hinten zu geben in der Hoffnung, das Schlucken dadurch sehr zu erleichtern. Dies hätte auf alle Fälle den Vortheil, dass man Geschwüre der vorderen Trachealwand vermeide.

Trotz aller dieser Modificationen, meint O'Dwyer, bestände dennoch dieselbe Schwierigkeit beim Schlucken fort. Festes und Halbfestes werde in der Regel besser genommen, als Flüssigkeiten. Nahrung kann in die Röhre nicht eintreten, sobald die Epiglottis normal ist.

Er habe schliesslich zwei Hartgummiröhren ersonnen für alle Arten von Stenose bei Erwachsenen; die kleinere sei für Frauen und junge Männer, die grössere für erwachsene Männer. Der Hauptunterschied zwischen diesen und den Metallröhren bestehe in ihrem Gewicht und der Grösse des Calibers.

Dillon Brown verlas eine Abhandlung über die Statistik der Bougirung, wobei er bemerkt, dass, soweit er zu sammeln im Stande war, 760 Fälle berichtet worden sind und zwar von 54 Autoren. Davon habe er 502 Fälle mit 27,07 pCt. Heilungen in einer Tabelle zusammengestellt. Die gestorbenen Kinder waren im Durchschnitt 3 Jahre 2 Monate, die genesenen 4 Jahr und 1 Monat alt.

Der wichtigste Theil der Arbeit von Northrup besteht in einem Hinweis auf das Vorhandensein von Geschwüren der Luftwege in Folge der Anwesenheit oder des Gebrauchs einer intralaryngealen Röhre. In einer früheren Arbeit behauptete er, dass er niemals Geschwüre der Trachea angetroffen habe. Aber von den jüngst berichteten 20 Fällen fanden sich in nicht weniger als fünf Fällen tiefe Geschwüre, welche die Trachealringe blosslegten. (Die Präparate dieser Fälle wurden vorgezeigt.) Bis jetzt habe er Geschwüre von irgend welcher Bedeutung, welche durch den Kopf der Röhre veranlasst worden seien, nicht gesehen, höchstens eine Necrose des Epithels. Schliesslich berichtet Hance einen Fall, wo die Bougirung ganz und gar versagte und man nothgedrungen zur Tracheotomie

schreiten musste. Er deutet auch andere Fälle an, wo man, nachdem die Bougirung versucht worden war, zur Laryngotomie oder Tracheotomie sich entschliessen musste. Es werden neun solcher Fälle, einschliesslich des seinigen, berichtet mit 3 Todesfällen und 5 Heilungen, während der neunte Fall sich zur Zeit des Berichts noch in Behandlung befand. Die Operation wurde ausgeführt oder empfohlen unter folgenden Umständen:

1) Reizbarkeit des Larynx.

2) Wenn Membranen vor der Röhre abwärts geschoben wurden.

3) Wenn die Röhre mit einer abgelösten Membran verstopft wird.

4) Wenn die Dyspnoe wiederkehrt, sobald die Röhre aus dem Larynx entfernt wird.

5) Wenn die Röhre in den Larynx eingekeilt wird. LEFFERTS.

65) **H. D. Ingraham. Bougirung des Larynx. (Intubation of larynx.)** *Buffalo Med. and Surg. Journ. Juni 1887.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

66) **Luc. Bougirung des Larynx zur Behandlung des Croup und der acuten Larynxstenosen im Allgemeinen. (Du tubage laryngée appliquée au traitement du croup et des sténoses aigues du larynx en général.)** *Bulletin méd. 8. Mai 1887.*

L. erzählt die Geschichte der Bougirung des Larynx und schliesst damit, dass er erklärt, dass diese Operation Vortheile darbieten wird bei jungen, von Croup befallenen Kindern, oder bei solchen, wo die Eltern die Tracheotomie nicht gestatten. Die Zukunft muss es lehren, ob diesem Wechsel weitere Verbreitung zu geben sei. E. J. MOURE.

67) **W. H. Prescott. Bougirung des Larynx in dem Boston City Hospital. (Intubation of the larynx at the Boston City Hospital.)** *Boston Med. and Surg. Journ. 2. Juni 1887.*

Im Vergleich zur Tracheotomie kommt man zu folgenden Schlüssen rücksichtlich der Bougirung: 1) Sie setzt keine Wunde, daher erhält man die Erlaubniss sie vorzunehmen in Fällen, in denen die Tracheotomie verweigert wird. 2) Sie setzt keine neue Infectionsquelle. 3) Sie kann schneller ausgeführt werden. 4) Sie ist weniger beschwerlich sowohl hinsichtlich der Ausführung als der Nachbehandlung. 5) Die Secretion ist geringer. 6) Der Shock ist nicht so gross. 7) Es ist kein Anästheticum nöthig.

Der grosse Nachtheil der Bougirung besteht darin, dass die Theile unterhalb des Larynx nicht so frei von Schleim erhalten werden können, wie bei der Tracheotomie. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

68) **Frank Tipton. Bougirung des Larynx bei einem Neger. Heilung. (Intubation of the larynx in a negro. Recovery.)** *New-York Med. Record. 28. Mai 1887.*

Eine dramatische Erzählung eines Falles von Catheterismus bei einem Negerknaben. Der einzige interessante Punkt, der übrigens gut geschriebenen,

Arbeit ist der, dass die erste intralaryngeale Röhre verschluckt wurde und nachher per anum abging. LEFFERTS.

69) A. Caillé. **Beitrag zur Discussion über die Bougirung des Larynx. (Contribution to the discussion on intubation of the larynx.)** *New-York Medical Record. 18. Juni 1887.*

Der Autor hat 21 Mal die Tracheotomie gemacht mit 5 Heilungen und 16 Mal die Bougirung mit 6 Heilungen. Von den bougirten Fällen waren 9 Fälle von Nasen- oder Rachendiphtherie mit Larynxstenose, davon 2 Heilungen. 6 Fälle waren Beispiele echter membranöser Laryngitis ohne sichtbares diphtherisches Exsudat an den Fauces mit 3 Heilungen. In einem Fall handelte es sich wahrscheinlich um eine schwere, einfach entzündliche Stenose, welche fünf Tage lang bestand und sich unter der gewöhnlichen Behandlung nicht besserte, mit sehr starker Dyspnoe; er wurde geheilt.

Die meisten dieser Fälle ereigneten sich in der consultativen Praxis und die Bougirung wurde spät ausgeführt. C. ist überzeugt, dass jedes der betreffenden Kinder, welche im Alter von 1—7 Jahren standen, ohne actives Eingreifen an Suffocation gestorben wäre.

Seine Ansicht über den Nutzen der Bougirung ist folgende:

1) In der allgemeinen Praxis ist bei schwerer Larynxstenose der Kinder in der Mehrheit der Fälle die Bougirung der Tracheotomie vorzuziehen.

2) Wenn Pharynx- oder Nasendiphtherie mit Larynxstenose gleichzeitig besteht, so ist die Bougirung der Tracheotomie vorzuziehen, sobald die Umstände derartig liegen, dass eine geeignete und intelligente Nachbehandlung nicht zu erwarten ist.

3) Die Tracheotomie ist der Bougirung vorzuziehen in solchen Fällen von Larynxstenose mit Rachen- oder Nasendiphtherie, welche erfahrungsgemäss hoffnungslos sind ohne genügende Stimulantien und Ernährung und zweckmässige Localbehandlung des Nasenrachenraums, vorausgesetzt, dass die Operation und die Nachbehandlung unter sehr günstiger Umgebung stattfinden kann.

4) Diese Schlüsse beziehen sich auf die Bougirung mit der gegenwärtigen Form der Röhre. LEFFERTS.

70) A. J. Harris. **O'Dwyer's Röhren. (O'Dwyer's tubes.)** *Cincinnati Lancet and Clinic. 23. April 1887.*

Ein Prioritätsanspruch für gewisse Verbesserungen der ursprünglichen (intralaryngealen) Röhre. LEFFERTS.

71) Geo. Mc Naughton. **Tubage des Larynx. (Intubation of the larynx.)** *New-York Medical Journal. 4. Juni 1887.*

Eine allgemeine Betrachtung und Besprechung der Bougirung mit beifolgender Tabelle. (Der Autor hatte selbst 5 Fälle mit einer Heilung.)

	Fälle.	Heilungen.
O'Dwyer	128	28
Dillon Brown . . .	71	15
Northrup	26	6
Waxham	88	28
Montgomery	5	2
Jennings	5	1
Donaldson	1	—
Cheatham	4	1
Ingals	5	2
Forchheimer	5	2
Strong	2	—
Huber	11	4
Hance	5	1
Mc Manus	3	1
Summa . . .	349	81

Im Ganzen etwas über 23 pCt. Heilungen. LEFFERTS.

72) **F. Forchheimer. Fortschritte in der Behandlung des Croup. (Progress of croup.)** *Nashville Med. and Surg. Journ. Jan. 1887.*

Ein Bericht über die Erfahrungen des Autors bei der Behandlung und seine Ansichten betreffs der Prognose der Krankheit, der jedoch nichts Neues bringt.

In den Fällen, wo er die Bougirung des Larynx anwandte — 5 an der Zahl —, wurde die Stenose ebenso wirksam gebessert, wie durch die Tracheotomie. (Der schliessliche Ausgang wird nicht mitgetheilt. Ref.) In einem dieser Fälle wurde die Röhre verschluckt, weil sie nicht genügend gesichert ward. (Das Resultat wird auch hier nicht mitgetheilt. Ref.) LEFFERTS.

73) **H. H. Mudd. Tracheotomie und Bougirung. (Tracheotomy and Intubation.)** *Journ. of American Medical Association. 25. Juni 1887.*

Die Tracheotomie verspricht, wenn sie unter den gleichen Zuständen, wie die Bougirung, ausgeführt wird, bessere Resultate. Denn 1) stört sie nicht ebenso sehr das Schlucken und die Ernährung; 2) kann die Oeffnung so lange erhalten bleiben, als es wünschenswerth ist; 3) ist die Oeffnung grösser und wird nicht so leicht mit Membranen verstopft; 4) wenn die Canüle verstopft ist, kann sie von dem laienhaftesten Wärter entfernt werden; 5) befähigt sie uns, feuchte, warme und reine Luft in die Lungen einzuführen; 6) gewährt sie uns bessere Gelegenheit, die Trachea zu säubern und rein zu erhalten; 7) ist die Operation nicht gefährlicher.

Zu Gunsten der Bougirung spricht: 1) Sie ist blutlos und man erhält die Einwilligung dazu, während andere Operationen verweigert werden; 2) ist sie schneller und ohne Narcose auszuführen.

Die Bougirung wird gewöhnlich die Symptome der Dyspnoe heben und M. glaubt, dass sie besonders vortheilhaft sich erweisen wird, wenn sie in Fällen chronischer Stenose narbigen Charakters angewendet wird. In acuten Zuständen

jedoch wird sie verderblich sein, weil sie nicht soviel Sorgfalt erheischt und weil der ungeschickte und furchtsame Arzt sie als Ausweg aus einer schwierigen Lage benutzen wird. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

74) **W. Watson Cheyne** (London). **Ueber die frühzeitige Tracheotomie bei der Diphtherie. (On early tracheotomy in diphtheria.)** *British Medical Journal. 5. März 1887.*

In dem ersten Theil seiner Arbeit behauptet C., dass die Diphtherie wesentlich ein locales Leiden sei, das mehr in den Bereich des Chirurgen als des inneren Arztes gehöre.

Er empfiehlt die locale Application von Antisepticis. Hierauf bespricht er die Tracheotomiefrage und drückt seine Ansicht dahin aus, dass die Tracheotomie nicht erst dann angezeigt wäre, wenn die Respiration gestört wäre, sondern sie solle ausgeführt werden, sobald man sicher ist, dass der Larynx afficirt sei, besonders von dem Gesichtspunkt aus, dass man einer Ausbreitung der Membranen nach abwärts vorbeugen müsse.

Er meint, dass die Gefahr der Ausbreitung der Membran bis zur Wunde der einzige gewichtige Einwurf gegen die Operation sei, glaubt jedoch, dass man dem vorbeugen oder Einhalt gebieten könne durch die Application kräftiger Antiseptica.

Auch ist er dafür, die Trachea ausgiebiger zu eröffnen, als dies gewöhnlich geschieht, damit man das Innere überschauen könne. Er empfiehlt, die Trachea oberhalb der Oeffnung zu tamponiren, und zwar in Fällen, wo sich keine Membran findet, mit Leinwandstreifen, die mit Sublimat (1 : 2000) getränkt sind, um die Ausbreitung der Membran zu verhüten, hat dies jedoch noch nicht praktisch erprobt.

C. findet nicht, dass die Application des Sublimats irgend welchen Nachtheil bringt, bezweifelt aber nicht, dass man für diesen Zweck ein besseres Antisepticum finden werde. Hierauf berichtet er über einen Fall eines 2jähr. Kindes, wo nach der Tracheotomie ein Golding Bird'scher Dilatator statt der Canüle eingeführt worden war. Die Schleimhaut wurde von Zeit zu Zeit mit einer Sublimatlösung (1 : 500) gepinselt. Die Pseudomembran breitete sich bis zu dem freiliegenden Theil der Trachea aus, wurde jedoch durch Entfernung mittelst Pincette und durch die antiseptische Lösung in Schranken gehalten. Der Fall endete gut und die Membran ging nie über diesen Bereich hinaus. Diese Behandlung erwies sich zwar als sehr nützlich, da sie das Fortschreiten der Membran hinderte, C. glaubt jedoch, dass man durch die oben erwähnte Tamponade die Ausbreitung bis zur Trachea verhütet haben würde. A. E. GARROD.

75) **E. J. Edwardes** (London). **Frühzeitige Tracheotomie bei Diphtherie. (Early tracheotomy in diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. 30. April 1887.*

76) **Edmund Owen** (London). **Desgleichen.** *Brit. Med. Journal. 21. Mai 1887.*

Beide Briefe besprechen Watson Cheyne's Ansichten.

E. kritisirt dessen Bemerkungen, dass die Diphtherie wesentlich eine chirurgische Krankheit sei und behauptet, dass bis jetzt kein besonderer Mikroorga-

nismus ermittelt worden wäre, dessen ursächliche Beziehung zur Diphtherie beim Menschen festgestellt sei.

O. kritisirt den Vorschlag, die membranösen Stellen durch häufige Application von Antisepticis zu behandeln, ein Verfahren, welches die Kinder sehr foltert und erschöpft.

O. stimmt der frühzeitigen Tracheotomie zu, meint jedoch, dass Viele ohne Tracheotomie genesen, selbst wenn der Larynx betheiligt ist. Zunehmende Dyspnoë hält er für eine Indication zur Tracheotomie.

Er glaubt ferner, dass die Resultate der Tracheotomie in der Privatpraxis weniger befriedigend seien, als in der Hospitalpraxis, weil bei jener die Operation so oft aufgeschoben werde, bis der Patient moribund ist. In dem Kinderhospital, Great Ormond St., wurden in den letzten 5 Jahren 66 Tracheotomieen wegen Larynxdiphtherie mit 25 Heilungen gemacht.

In dem St. Mary's Hospital wurden in derselben Zeit 66 Fälle mit 20 Heilungen operirt. — O. glaubt, dass die Statistik der Operation in der Privatpraxis weit weniger befriedigende Resultate liefert. A. E. GARROD.

77) **J. B. Muirhead** (Aylesford). **Frühzeitige Tracheotomie bei Diphtherie. (Early tracheotomy in diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. 9. April 1887.*

M. stimmt mit den Schlüssen, zu denen Watson Cheyne in seinem Artikel gelangt ist, nicht überein. Derselbe empfiehlt, die Tracheotomie so bald auszuführen, als es gewiss ist, dass der Larynx afficirt sei.

M. citirt dagegen 4 Fälle aus seiner Praxis in 2 Familien. In 2 von diesen trat vollständige Genesung ohne Tracheotomie ein, obwohl der Larynx sicher bei beiden betheiligt war. Von den übrigen zwei starb einer an Herzschwäche einen Tag nachdem die Dyspnoë aufgetreten war; der andere starb 48 Stunden nach der Tracheotomie an Bronchitis.

In dem ersten dieser Fälle glaubt M., dass eine Tracheotomie nur einen schlimmer Ausgang gehabt haben würde, während in dem letzteren die Tracheotomie vielleicht den tödtlichen Ausgang beschleunigt hat. A. E. GARROD.

78) **George Parker** (Bristol). **Frühzeitige Tracheotomie bei Diphtherie. (Early tracheotomy in diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. 11. Juni 1887.*

P. empfiehlt eine neue Form eines Dilatators der Trachea, von welchem er eine Abbildung liefert. Er gestattet eine deutliche Inspection der Trachea, so dass sie leicht mit einem Schwamm gereinigt werden kann. P. empfiehlt das Abwischen der Fauces mit einem Schwamm. A. E. GARROD.

79) **J. H. Packard. Weitere Bemerkungen rücksichtlich der Tracheotomie beim Croup und Diphtherie. (Further considerations in regard to tracheotomy for croup and diphtheria.)** *Trans. Med. Soc. Pensylvania. p. 170. 1886.*

Verf. betont zwei Pnnkte, nämlich 1) dass die Canüle oder deren Ersatz nur als ein temporäres Hülfsmittel anzusehen sei, dessen man sich so bald als möglich entledigen soll und 2) dass man, sobald die künstliche Oeffnung hergestellt sei, mit der Localbehandlung beginnen solle. Hieranf bespricht er die re-

lativen Vorzüge der Bougirung und der Tracheotomie und entscheidet sich zu Gunsten der letzteren. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

80) W. D. Bidwell. **Ein Fall von Tracheotomie wegen membranösen Croups. (A case of tracheotomy for membranous croup.)** *Kansas City Med. Index. April 1887.*

Nichts von Bedeutung. LEFFERTS.

81) R. W. Fry. **Tracheotomie bei einem Fall von Diphtherie. (Tracheotomy in a case of diphtheria.)** *Southern Clinic. April 1887.*

Nichts von Bedeutung. LEFFERTS.

82) Boujer (Rouen). **Notiz über einen Todesfall durch Secundärblutung am achten Tage nach der Tracheotomie. (Note sur un cas de mort par hémorrhagie secondaire au huitième jour après la trachéotomie.)** *La Normandie méd. 15. Mai 1887.*

Es handelt sich um ein 5jähriges, wegen Croup operirtes Kind, welches den Folgen einer Blutung unterlag, die durch eine Ulceration des Truncus brachiocephalicus, dessen Adventitia wahrscheinlich durch das Bistouri getroffen worden war, hervorgerufen wurde. Die sehr tief angelegte Incision traf den dritten Trachealring. E. J. MOURE.

83) G. Gevaert. **Die Chloroformnarcose zur Ausführung der Tracheotomie bei Croup. (De l'emploi du chloroforme pour la trachéotomie dans le croup.)** *La Clinique. No. 18. 1887.*

Der Autor spricht sich gegen die Chloroformnarcose zur Tracheotomie bei Croup aus. und macht bei dieser Gelegenheit eine Mittheilung der neueren Experimente von Brown-Séquard. BAYER.

84) R. Staehlin. **Tracheotomie bei diphtheritischem Croup. (Tracheotomy in diphtheritic croup.)** *Trans. Med. Soc. New Jersey. Newark. p. 199—207. 1886.*

Interessant, ohne neu zu sein. LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

85) Ter Maten. **Hämatom des Larynx. (Een Haematoom in den Larynx.)** *Weekblad van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 26. 1887.*

In der Mitte des linken Stimmbandes, und zwar an dessen freiem Rande. wird ein blaurother, glatter, klein-erbsengrosser Tumor constatirt, der der fassenden Zange immer entweicht, bis er endlich bei etwas kräftigerem Erfassen zerbarst mit Bluterguss. Die zurückgebliebene, schlaff herunterhängende Wand wurde nachträglich entfernt. BAYER.

86) Garel. **Kehlkopfcyste. (Kyste du larynx.)** *Lyon méd. 12. April 1885.*

G. erklärt, dass er 4 solcher Fälle beobachtet habe. In der Discussion theilt Mollière mit, dass er ein junges Mädchen mit einer Larynxcyste gesehen habe, welche asthmaähnliche Anfälle hervorgerufen habe. E. J. MOURE.

87) **G. A. Carpenter** (London). **Aphonie in Folge eines (? congenitalen) Tumor subglotticus. Operation, Heilung. (Aphonia due to subglottic growth [congenital?]. Operation, cure.)** *Lancet. 12. März 1887.*

Ein 18jähriges, fast stimmloses Mädchen berichtet, dass man ihr gesagt habe, sie hätte schon als kleines Kind mit eigenthümlicher Stimme geschrieen, und dass sie nach vorgängiger Heiserkeit seit dem Alter von 10 Jahren nur in Flüsterstimme habe sprechen können.

Das Laryngoscop zeigte einen gestielten Tumor von der Grösse einer halben Bohne, mit einem sehr langen Stiel von Fleischfarbe, an der vorderen Commissur. Der Stiel des Tumors verschwand unter dem rechten Stimmbande und war offenbar gerade unterhalb desselben nahe seiner Vereinigung mit dem Schildknorpel angeheftet. Der Tumor bewegte sich mit dem Luftstrom rück- und vorwärts; Dyspnoë war nicht vorhanden. Er wurde mit Mackenzie's Röhrenzange entfernt und schien ein weiches Fibrom zu sein. Die Entfernung war eine vollständige und die Stimme kehrte voll zurück.

Leider ging der entferte Tumor verloren, so dass er nicht mikroscopisch untersucht werden konnte. A. E. GARROD.

88) **R. Virchow** (Berlin). **Bericht über Fragmente einer Anschwellung im Kehlkopf, die bei Seiner Kais. und Kgl. Hoheit dem Kronprinzen mittelst Zangenoperation durch Dr. Mackenzie entnommen worden sind.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 25. S. 445. 1887.*

Das grössere der beiden Stücke besass eine Höhe von 3, einen Dickendurchmesser von 2,5 Mm., das kleinere hatte ungefähr 2 Mm. im Durchmesser. Makroscopisch boten sie den Anblick grobkörniger Papillargeschwülste. Die mikroscopische Untersuchung bestätigte diese Diagnose. „1) Die Oberfläche bestand aus einer sehr starken und dichten Decke von vielschichtigem Plattenepithel. In vielen Zellen desselben zeigten sich grössere Gallertkörner. Hier und da lag ein Nest concentrisch geschichteter Zellen. Nach innen folgte eine gleichfalls mehrschichtige Lage von cylindrischen Zellen (ohne Cilien), welche direct auf dem Bindegewebe aufsassen. 2) Die Bindegewebsschicht der Schleimhaut war an ihrer Oberfläche mit langen, papillären Auswüchsen besetzt, welche ausser den Elementen des Bindegewebes grössere Gefässschlingen enthielten. In jedes Korn der Oberfläche trat eine derartige Papille ein. Im Uebrigen zeigte die Schleimhaut keine Veränderungen; selbst Kern- und Zellwucherungen waren nur spärlich wahrzunehmen. Die Blutgefässe mässig erweitert.“ In der Submucosa fanden sich ausser Bindegewebe elastische Fasern, Nervenstämmchen und haufenweise Läppchen von Schleimdrüsen. In den tieferen Theilen wurde keine in nennenswerther Weise veränderte Stelle aufgefunden, vielmehr gehörten die wesentlichen Veränderungen der Oberfläche an. „Sie charakterisiren das Uebel als eine mit papillären Auswüchsen (missbräuchlich Papillome genannt) verbundene Epithelwucherung; Pachydermia verrucosa.“ Irgend ein Hineinwuchern dieser Epithelialgebilde in die Schleimhaut konnte nicht entdeckt werden. Ob-

wohl das ausgeschnittene Stück offenbar eine mehr centrale Stelle des Krankheitsherdes gefasst und diese eine sehr ausgeprägte Erkrankung erlitten habe, ergebe doch die gesunde Beschaffenheit der Gewebe an der Schnittfläche ein prognostisch sehr günstiges Urtheil. Ob ein solches Urtheil in Bezug auf die gesammte Erkrankung berechtigt wäre, lasse sich aus den beiden exstirpirten Stücken mit Sicherheit nicht ersehen. B. FRAENKEL.

89) **R. Virchow** (Berlin). **Gutachten über die Neubildung, welche Dr. Mackenzie am 29. Juni d. J. aus dem Kehlkopfe Seiner K. K. Hoheit des Kronprinzen entfernt hat.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 28. S. 519. 1887.*

Das entfernte Stück, 5 Mm. lang, 3 Mm. breit, 2 Mm. hoch, zeigte, wie die mitgetheilten Reactionen zeigen, in Folge der Einwirkung eines Eisenpräparats an der Basis ein dunkelblau-schwarzes, an der Oberfläche ein schwachröthlich graues Aussehen. Mit Ausnahme einer kleinen Stelle, an welcher sich glatt fortlaufendes Oberflächengewebe fand, war die Oberfläche überall mit papillären Excrescenzen besetzt; grosse harte Plattenepithelien mit dünnen bindegewebigen Grundstöcken. Tiefe Gewebslagen waren diesmal nicht am Präparat vorhanden. Es fand sich nirgends alveoläre Structur, nirgends eine Proliferation, die den Charakter selbständiger Herdbildung erreichte.

„Das excidirte Stück hat sich daher in noch höherem Grade, als die bei der vorletzten Operation gewonnenen, als eine, von einer mässig gereizten und verdickten Oberfläche ausgegangene, harte zusammengesetzte Warze ergeben, und die Basis derselben hat auch nicht den entferntesten Anhalt für die Annahme einer in das Gewebe eindringenden Neubildung geliefert.“ B. FRAENKEL.

90) **R. Virchow** (Berlin). **Ueber Pachydermia laryngis.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 32. S. 585. 1887.*

Angeregt durch den Krankheitsfall des Kronprinzen hat Virchow sich wieder eingehender mit der Larynxliteratur beschäftigt und gefunden, dass alte Vorstellungen, die er seit langer Zeit ausgebildet hat, nicht in wünschenswerther Weise verfolgt worden sind. Er schildert zunächst das Vorkommen des Plattenepithels im Kehlkopf an der Hand der unter seiner Leitung gemachten und im Jahre 1853 in den Würzburger Verhandlungen veröffentlichten Untersuchungen Rheiner's. Dasselbe gäbe den Theilen eine gewisse Annäherung an die epidermoidale Bedeckung der äusseren Haut, einen mehr oder weniger cutanen oder dermoiden Habitus. Die zu besprechenden pathologischen Processe dieses Abschnittes des Kehlkopfs, der ein Gebiet für sich darstelle, schlössen sich an die chronisch-entzündlichen Erkrankungen an. Zwei Arten von Veränderungen müssten aber vom chronischen Katarrh besonders geschieden werden. In beiden Fällen werde eine grössere Quantität von Plattenepithel gebildet, aber bei der einen sei dies die hauptsächliche Veränderung, bei der anderen vollziehe sie sich mehr in dem oberflächlichen Bindegewebe, also in der eigentlichen Schleimhaut. Letztere Art bringe mehr diffuse Schwellungen hervor, während die erstere sich mehr auf einzelne und zwar meist sehr kleine Stellen beschränke. Beide Processe fasse er seit lange unter dem Namen der Pachydermie zusammen. Hünermann, der 1881 eine Dissertation darüber geschrieben habe,

sei darüber im Dunkeln, woher der Name stamme. V. habe ihn von der äusseren Haut herübergenommen, um analoge Zustände des Kehlkopfs zu bezeichnen. Die diffuse Form bilde relativ glatte Schwellungen, die andere wie P. verrucosa umschriebene, warzige. Beide Formen gehörten zusammen.

Eigenthümliche, und in den laryngologischen Büchern nicht genügend beschriebene Veränderungen fänden sich am hinteren Ende des Stimmbandes, wo der lang vorgestreckte Processus vocalis des Giessbeckenknorpels sich dicht unter die Schleimhaut vorschiebe und die bedeckende Schleimhaut fast unmittelbar in das Perichondrium übergehe. Einmal fände sich hier eine länglich ovale wulstförmige Anschwellung mit einer Grube von geringer Tiefe in der Mitte. Es sei nicht unwahrscheinlich, dass an einer Stelle erosive Veränderungen den Ausgang der Störung bildeten, aber eine eigentliche Narbenbildung habe V. nicht wahrnehmen können. Ein solcher Zustand fände sich an den Leichen ziemlich häufig, insbesondere an solchen von Säufern. Diese Veränderung finde sich aber immer neben einer diffusen Verdickung des Epithels, die sich über die ganze Ausdehnung des Stimmbandes erstrecke. Die Anschwellung in der Umgebung der Grube sei mit lauter niedrigen papillären Excrescenzen besetzt, die mit reichlichen Epithelschichten bekleidet seien. Dies sei der eine der beiden Zustände. Dann verbinde sich aber damit, wenn auch selten, eine weitergehende Erkrankung; die sich in den interarytänoidalen Raum hinein fortsetze, nämlich schon makroscopisch sichtbare dicke Auswüchse und Falten mit epidermoidalen Ueberzügen. An diesen fänden sich dann ab und zu Rhagaden und so könne ein täuschendes Bild eines beginnenden Cancroidgeschwürs entstehen.

Im Gegensatz zu diesen Veränderungen fände sich das, was man einfach Polypen nennte, mehr am mittleren und vorderen Abschnitt der Stimmbänder. Unter diesen wolle er heute nur die eine Kategorie hervorheben, bei welcher jede einzelne Hervorragung vorwiegend aus Epithel bestehe und die Papille, welche hineingehe, nur einen kleinen Raum einnehme. Gegen den Namen Papilloma habe er einen kleinen terminologischen Zorn. Abgesehen von der Zusammensetzung des Worts aus zwei Sprachen, sei es eine Zufälligkeit, dass an der Oberfläche eine oder mehrere Papillen hervorragten, und fänden sich dieselben auch bei anderen Geschwülsten. Das Wesentliche sei die Wucherung und Verhärtung des Epithels. Wollte man die Geschwülste dieserhalb Epithelioma nennen, so müsste man diese in hyperplastische und heteroplastische Formen trennen. Dies sei ein feiner Unterschied, es handle sich dabei nicht um den Nachweiss von Epithel, sondern darum, ob dasselbe heteroplastisch, d. h. Krebs, oder hyperplastisch, d. h. blosse Wucherung der Oberflächenbedeckung sei. Zuerst wuchere bei der blossen Hyperplasie das Epithel und in dieses wachse allmälig die Papille hinein. Die zwiebelförmigen Aufschichtungen (Nester) von Zellen kämen hier ebenso, wie in jeder unregelmässig wuchernden Epidermis oder Epithellage gelegentlich zur Erscheinung. Bis vor nicht langer Zeit habe man diese Dinge Condylome genannt und es kämen im Larynx Formen vor, die die ausgesprochenste Aehnlichkeit mit ausgemachten Condylomata acuminata hätten. Der Name Condylom werde jetzt aber anders interpretirt. Deshalb sei

der einzige Name für diese Geschwülste, der nicht missverstanden werden könne, der einer harten Warze (Verruca dura s. cornea). Diese Warzen hätten nichts mit den Fibromen zu thun. In einer solchen Warze stecke nur sehr wenig Bindegewebe und es käme nicht, wie dies Rindfleisch angebe, eine Vermischung der Bindegewebszellen und der Epithelzellen vor.

Die Grenze zwischen den papillären Warzen und den papillären Krebsen definirt V. dahin: „Ich halte alles dasjenige für gutartig, für einfach, für local, für nur oberflächlich hyperplastisch, wo ich im Stande bin, am Grunde der epithelialen Decke dieselbe scharfe Grenze zu finden, wie sie normal besteht. Hier darf absolut nichts mehr existiren, was auch nur entfernt den Eindruck eines Epithelialgewebes macht. Jede Spur von Epithel im Bindegewebe halte ich für suspect. Sowohl eine flache Anschwellung als eine papilläre darf unter der Grenzlinie absolut nichts enthalten, was in das Gebiet epithelialer Formen gehört; alles dieses muss aussen, ausserhalb des Bindegewebes liegen.“ Wenn unter der Grenzlinie sich ein runder oder langer Raum finde, der mit epithelialen Massen gefüllt sei, so sei die Bildung krebsig. Die Unterscheidung sei manchmal nicht leicht. Bei schiefen Schnitten könnten die Räume zwischen den Papillen scheinbar Alveolen mit Epithel zum Vorschein kommen lassen. Vor der Durchschneidung, ja vor der Härtung müsse die Basis der Neubildung einer genauen Untersuchung unterzogen werden. Stecke in dieser nichts Fremdes, dann sei es ein locales Gebilde gutartiger Natur, aus dem sich auch später nichts Malignes entwickeln werde.

Recidive kämen gelegentlich auch bei den gutartigen Formen vor. Nicht jede Papille gehe aus einer schon vorher existirenden Papille hervor, es gäbe vielmehr Papillen, welche vollständige Neubildungen seien. Schliesslich gelänge es bei diesen Formen auch die letzten Reste definitiv zu beseitigen. Es gäbe Mittheilungen, die berichteten, dass eine spontane Rückbildung, wie bei den Warzen an der äusseren Haut, vorkomme. B. FRAENKEL.

91) **R. Virchow** (Berlin). **Mittheilungen über die von ihm ertheilten Gutachten, betreffend die von Sir Morell Mackenzie aus dem Kehlkopf Seiner K. und K. Hoheit des Kronprinzen entfernten krankhaften Stellen.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 47. 1887.*

In der Berliner Medicinischen Gesellschaft machte am 18. Nov. R. Virchow weitere Mittheilungen über sein Gutachten und theilte dasjenige mit welches er über das erste, am 20. Mai entfernte Präparat gegeben hat. Auch dieses constatirte wesentliche Veränderungen nur am Epithel, nicht an der Schleimhaut. In dem wuchernden Epithel fanden sich Nester. „Somit wurde nichts gefunden, was über die Erscheinungen eines einfach irritativen Processes hinaus ging.“ Dann werden die beiden Gutachten vom 9. Juni und 1. Juli wiederholt mitgetheilt. V. macht darauf aufmerksam, dass er in dem Gutachten vom 9. Juni einen ausdrücklichen Hinweis darauf gemacht habe, dass eine partielle Untersuchung ein Urtheil über das Gesammtverhältniss nicht ergeben könne. Von letzterem habe er durch eigene Untersuchung keine Kenntniss gehabt. Es sei ihm nur mitgetheilt worden, dass sämmtliche Stücke dem hinteren Drittel der oberen Fläche des

linken Stimmbandes angehört hätten. Er habe dazu stillgeschwiegen, dass ihm die Verantwortlichkeit für dieses Urtheil zugeschoben sei, obgleich in ihm zu wiederholten Malen die Ungeduld sehr gross geworden sei, da er sich nicht bewusst gewesen sei, dem englischen Laryngologen in irgend einer Weise Veranlassung gegeben zu haben, seine (V.'s) Diagnose über dasjenige Maass hinaus auszudehnen, welches sie beanspruchen könnte. (In einer Anmerkung citirt V. dabei eine Stelle aus M. Mackenzie's Buch über die Kehlkopfgeschwülste [London 1871] in welcher gesagt ist, das Mikroscop verdiene für die differentielle Diagnose zwischen gutartigen und bösartigen Geschwülsten kein Vertrauen, da Mackenzie viele Fälle beobachtet habe, in welchen der histologische Befund der des Krebses war, während der klinische Verlauf einen durchaus entgegengesetzten Charakter trug und vice versa.) Auch seien an den Stellen, wo die Geschwülste entfernt worden seien, keine Recidive aufgetreten und könne auch dem klinischen Verlauf nach nicht angenommen werden, dass die untersuchten Stücke eine Stelle des Krebses selbst gewesen seien. V. habe keine Veranlassung dazu gegeben, dass jene andere Stelle im Kehlkopf, um die es sich jetzt handele, nicht entdeckt worden sei. B. FRAENKEL.

92) **E. A. Maling** (Sunderland). **Krebs des Larynx. (Carcinoma of larynx.)** *Brit. Med. Journal. 26. Februar 1887.*

M. zeigte der Sunderland und North Durham Medical Society den Larynx eines 40jährigen Mannes, welcher an Pneumonie nach einer wegen Larynxepitheliom, ausgeführten Tracheotomie gestorben war. Der Tumor hatte die Grösse einer Haselnuss und sass vorn im Larynx gerade über den Stimmbändern. Die Halsdrüsen waren geschwollen. A. E. GARROD.

93) **Binaud** und **Moure. Krebs des Larynx. (Cancer du larynx.)** *Soc. anat. et Journal de méd. de Bordeaux. 27. Febr. 1887.*

B. demonstrirt den Kehlkopf eines Kranken mit einem extralaryngealen Tumor, welcher den oberen Eingang des Stimmorgans verschloss.

Der Berichterstatter bemerkte, dass der Schildknorpel nicht die Kürassform habe. Ausserdem theilt er mit, dass er sehr oft bei diesen Kranken, selbst wenn sie eine Canüle tragen, Respirationsstörungen beobachtet habe, ganz unabhängig vom Kehlkopftumor. Er führt diese Störungen auf eine wahrscheinliche Betheiligung des Vagus an den krankhaften Processen zurück, mag dieser Nerv von dem Neoplasma selbst oder von degenerirten Drüsen ergriffen sein.

In dem vorliegenden Falle waren die Vagi comprimirt. E. J. MOURE.

94) **O. Masini** (Genua). **Ueber einen Fall von primärem Kehlkopfcarcinom. (Su di un caso di cancro primitivo della larynge.)** *Archivii ital. di Laringologia Fasc. I. 1887.*

Anatomische Untersuchung des carcinomatösen Larynx eines vor 2 Jahren verstorbenen Mannes. Trotz bedeutender Entwickelung des Carcinoms bestand keine Infiltration der Umgebung, so dass die Kehlkopfexstirpation in diesem Falle entschieden angezeigt gewesen wäre. KURZ.

95) **W. R. H. Stewart** (London). **Ein Fall von Thyreotomie wegen Epithelioms des Larynx. (Case of thyrotomy for epithelioma of the larynx.)** *Lancet. 21. Mai 1887.*

Der Fall betraf einen Schornsteinfeger von 45 Jahren, welcher deutlichen Larynxstridor, Heiserkeit und mehrere Dyspnoeanfälle hatte. Er hatte an Dyspnoe, Krampfhusten und Abmagerung sechs Monate, bevor ihn St. zum ersten Mal gesehen, gelitten.

Man fand eine breite, irreguläre Geschwulst, welche unterhalb des rechten Stimmbandes entsprang und quer in den Larynx hineinragte. Ein mit der Zange entferntes Stückchen erwies sich als epitheliomatös.

Es wurde zunächst die Tracheotomie und, als Patient sich genügend erholt hatte, die Thyreotomie gemacht.

Es wurde Aether angewendet und eine Tamponcanüle in die Trachealöffnung eingeführt. Nachdem die oberflächlichen Gewebe gespalten waren, wurde der Schildknorpel mit einem Messer in der ganzen Länge der Vereinigung der Flügel durchschnitten und diese aufgeklappt. Der Tumor, welcher von der unteren Fläche des rechten Stimmbandes ausging und die Weichtheile rings herum ergriffen hatte, wurde hierauf mit einer krummen Scheere weggeschnitten, das Stimmband und die Gewebe rings herum entfernt, der Rest mit einem scharfen Löffel ausgekratzt und mit einem Höllensteinstift geätzt. Hierauf wurden die Flügel mit Silberdrähten sorgfältig vereinigt, ein Drain in die äussere Wunde gelegt und diese antiseptisch verbunden. Die Tamponcanüle wurde 24 Stunden nach der Operation liegen gelassen und hierauf eine gewöhnliche Canüle auf 2 Tage eingelegt.

Der Patient wurde die erste Woche per rectum ernährt.

Die Heilung war ungestört. Vier Wochen später verliess er das Krankenhaus; die äussere Wunde war ganz geheilt und die innere übernarbt. Es war kein Zeichen von Recidiv vorhanden, die Stimme war jedoch noch nicht wiedergekehrt.

Leider verlor St. den Fall aus dem Auge.

Er empfiehlt diese Operation oder die Entfernung des halben Schildknorpels vor der Exstirpation des Larynx. Ebenso räth er zur präliminären Tracheotomie, zur Zurücklassung der Canüle auf einige Tage nach der Operation und zur Ernährung per rectum.

A. E. GARROD.

96) **Liégeois. Epitheliom des Larynx und Pharynx und Thujatinctur. (Epithélioma du larynx et du pharynx et tincture de thuia.)** *Bullet. méd. des Vosges. Jan. 1887.* Besprochen in *Rev. génér. de Clin. et Thérap. p. 71.*

L. meint, von diesem Mittel, zum Pinseln und innerlich gebraucht, gute Resultate gesehen zu haben. Innerlich giebt er 10—50 Tropfen. Die Behandlung scheint, so sagt der Autor, das Leben der Kranken zu verlängern.

E. J. MOURE.

97) **Godet. Chirurgische Eingriffe beim Larynxkrebs. (De l'intervention chirurgical dans le cancer du larynx.)** *La thérapeut. contempor. No. 12. 25. März 1887.*

Es ist dies ein Auszug aus der These dieses Autors (1886) über die Resultate des chirurgischen Eingriffes bei einigen Carcinomen. E. J. MOURE.

98) **Jordan Lloyd** (Birmingham). **Ein Fall von Exstirpation des Larynx ohne prophylactische Tracheotomie. (Case of exstirpation of the larynx without preliminary tracheotomy.)** *Lancet. 15. Januar 1887.*

Patient, ein Metallarbeiter, 51 Jahre alt, wurde am 13. November 1884 ins Krankenhaus aufgenommen. Seit einem Jahre litt er an Dyspnoe und Stridor. Er hatte Husten und Auswurf während des grössten Theils dieser Zeit und vor drei oder vier Monaten einen schweren Dyspnoeanfall gehabt. Er hatte immer mässig gelebt, war seit 40 Jahren Metallarbeiter gewesen, seit seiner Krankheit aber so schwach und mager geworden, dass er seine Beschäftigung aufgeben musste. Er hatte keine Syphilis gehabt, auch war in der Familie weder Schwindsucht, noch Krebs. Bei seiner Aufnahme bestand inspiratorischer Stridor und Husten. Die Expectoration, welche bisweilen blutig tingirt war, war niemals profus. Die Stimme war rauh. Der Patient litt an beständiger Orthopnoe mit Paroxysmen schwerer Dyspnoe.

Am Hals waren keine vergrösserten Drüsen zu fühlen. Die laryngoscopische Untersuchung zeigte ein Blumenkohlgewächs von der Grösse einer Wallnuss, ausgehend von der linken Seite des Larynx unterhalb des falschen Stimmbandes. In der Nachbarschaft bestand kein Oedem. Unmittelbar nach seiner Aufnahme hatte er einen Dyspnoeanfall, welcher die Narcose nöthig machte.

Es wurden die Lungen untersucht, welche jedoch, abgesehen von Bronchialrasseln, normal waren.

Am 22. Navember (9 Tage nach der Aufnahme) wurde er chloroformirt und eine 9 cm lange Medianincision gemacht, deren Mitte gegenüber der Mitte des Schildknorpels lag und bis auf die Larynxwand drang. Der Isthmus der Schilddrüse wurde zwischen zwei Ligaturen gespalten. Hierauf wurden alle Gebilde zu beiden Seiten des Larynx mit der Scheere durchschnitten; die Blutung gab keine Störung ab. Alsdann wurde eine starke Drahtschlinge durch das obere Ende des Schildknorpels durchgeführt. Patient wurde dann so gelegt, dass sein Kopf abwärts über den Tischrand hing.

Danach wurde die Trachea gerade unterhalb des Ringknorpels mit dem Paquelin gespalten; es trat keine Blutung ein. Eine starke krumme Glasröhre, ca. $1^1/_2$ cm weit und 24 cm lang, wurde dann in das abgeschnittene Ende der Trachea eingeführt und füllte das Lumen ganz aus. Demnächst wurde der Schildknorpel in der Mittellinie gespalten und beide Hälften mit der Scheere schnell entfernt. Der Ringknorpel wurde im Ganzen mit der Scheere abgetragen. Das spärlich fliessende Blut gelangte nur in den abhängigen Theil der Wunde. Nur die Arteriae laryng. superiores erforderten Ligaturen. Die Trachea wurde am unteren Theil der Wunde befestigt und eine grosse Tracheotomiecanüle an Stelle des Glasrohrs eingeführt. Die Operation hatte ungefähr 40 Minuten gedauert.

Der Patient wurde in eine Dampfatmosphäre gebracht und erhielt dreistündlich ein ernährendes Clysma. An demselben Abend athmete er frei und schrieb auf, dass er sich ganz wohl fühle. Zwei Tage später trat eine Bronchopneumonie auf, die sich allmälig ausbreitete, und an der er 6 Tage nach der Operation starb.

Der Larynx zeigte einen grossen Tumor, ausgehend von der linken Seite, wahrscheinlich tuberculösen Ursprungs, und bei der Autopsie zeigte sich eine purulente Bronchitis, welche sich bis an die Lungenalveolen erstreckte; ausserdem waren Miliartuberkel über beide Lungen zerstreut.

In seinen Bemerkungen erklärt L., dass er diesen Fall veröffentliche mit Rücksicht auf die in der letzten Sitzung der Clinical Society vorgetragenen Fälle. Man hielt den Fall ursprünglich für ein Larynxepitheliom und wurde in der Diagnose durch den negativen Befund in den Lungen bestärkt. A. E. GARROD.

99) **Davezac** (Klinik des Prof. Demons). **Exstirpation des Larynx. (Laryngectomie.)** *Journ. de méd. de Bordeaux. No. 46. 12. Juni 1887.*

Die Operation wurde von Demons wegen eines malignen Tumors des Taschenbandes, welcher beide Seiten ergriffen hatte, ausgeführt. Die Diagnose hatte der Referent gestellt. Der Kranke wurde geheilt und lebt noch.

E. J. MOURE.

100) **D. Hayes Agnew. Excision des Larynx und Pharynx. (Excision of the larynx and pharynx.)** *Philadelphia Med. News. 9. April 1887.*

Patient war ein Mann von 58 Jahren.

Nachdem man den Larynx entfernt hatte, fand man, dass der Tumor den Pharynx in solcher Ausdehnung ergriffen hatte, dass man denselben bis auf einen kleinen Streifen der hinteren Wand in toto entfernen musste.

Patient starb am 5. Tage.

Agnew bemerkt, dass, da die Verwandten eine Autopsie nicht gestatten wollten, es unmöglich war, eine Todesursache in genügender Weise festzustellen. Es kann der Tod durch Erschöpfung in Folge von Herzschwäche eingetreten sein, da der Mann, wie es heisst, zu Excessen in Baccho geneigt war. Es kann auch Lungenentzündung, welche der Frequenz nach die erste Stelle in der Reihe der Todesursachen nach Excision des Larynx einnimmt, die causa mortis abgegeben haben. Worin die Beziehung zwischen der Operation und der so häufig darauf folgenden Pneumonie besteht, darüber ist A. sich noch nicht klar. Sie kann septischer Natur, oder, wie Andere behaupten, durch die unvermeidliche Verletzung der Zweige der Recurrentes bedingt sein. Die Gefahr der Sepsis wächst sehr, wenn es nöthig wird, den Pharynx mit dem Larynx zu entfernen, da die Secrete von oben, anstatt in den Magen hinabgeleitet zu werden, sich in dem Sulcus auf der Höhe der Brust trotz jeder Vorsicht, dies zu verhindern, ansammeln.

Wenn die Operation noch einmal gemacht werden müsste, würde Verf. jedenfalls die prophylaktische Tracheotomie machen, da sie freie Zeit zur Excision des Larynx lässt.

Der entfernte Tumor erwies sich als ein Cylinderepitheliom, nicht als Sarcom, wie man zur Zeit der Operation annahm. LEFFERTS.

101) **Lennox Browne** (London). **Ein günstig verlaufener Fall von partieller Abtragung des Larynx wegen eines intralaryngealen裂 Epithelioms. (A successful case of partial excision of the larynx on account of intralaryngeal epithelioma.)** *Brit. Med. Journ. 5. Febr. 1887.*

Ein 61jähriger Mann, zuerst am 15 Nov. 1886 gesehen, hatte vor zwei

Jahren zum ersten Mal an Heiserkeit und kitzelndem Husten gelitten. Er hatte dabei niemals Schmerzen und nur leichte Dyspnoe bei Anstrengungen. Die laryngoscopische Untersuchung zeigte, dass beide Stimmbänder geschwollen waren, und dass das linke an seiner hinteren Partie ulcerirt und unbeweglich war. Es bestand eine geringe Verdickung des linken Taschenbandes und der aryepiglottischen Falte. Die Halsdrüsen waren unbetheiligt. Da die Anamnese eine Gonorrhoe ergab, so hielt man es für gut, den Patienten einer antisyphilitischen Cur zu unterwerfen, und der Larynx wurde mit einer Lösung von Cupr. sulf. bepinselt. Patient fühlte sich zwar erleichtert, aber die Ulceration nahm zu und er magerte ab. Man entschloss sich daher, die kranke Hälfte des Larynx zu entfernen. Die Operation wurde am 15. Dec. nach der Hahn'schen Methode ausgeführt und dauerte 1 $^1/_2$ Stunden.

Die Temperatur war in der Nacht nach der Operation 38,5° und stieg später kaum über die Norm.

Die Tamponcanüle wurde nach 30 Stunden entfernt und eine gewöhnliche Tracheotomiecanüle eingesetzt. Diese wurde nach 72 Stunden entfernt und Patient athmete gut durch den natürlichen Weg.

Bis dahin wurde die Nahrung durch eine Oesophagussonde gereicht, der Durst wurde durch Eis gestillt. 75 Stunden nach der Operation wurde ein Hammelrippchen gereicht.

Am achten Tage wurde die Canüle wieder eingeführt, da eine beunruhigende Verstopfung der Luftwege eingetreten war. Gleichzeitig stieg die Temperatur wieder an und die Respiration wurde beschleunigt.

Am 20. Tage wurde die Canüle wieder entfernt.

Am 34. Tage war die Tracheotomiewunde ganz geschlossen, aber die Vereinigung der oberen Partie war eine unvollständige.

Die Stimme war gut, obwohl rauh.

Am 29. Januar war die Wunde nahezu geschlossen.

Es zeigte sich, dass der Tumor vom Ventrikel, nicht vom Stimmband ausging. Mikroscopisch ergab sich ein Epitheliom. An den Rändern des entfernten Theils zeigte sich keine Spur eines Epithelioms.

In seinen Bemerkungen beschreibt B. die Umstände, unter welchen diese Operation unternommen werden sollte.

Der Patient wurde am 28. Februar 1887 der Medical Society of London (Vide: Brit. Med. Journal, 5. März 1887) vorgestellt. Er war im Stande gewesen, seine Beschäftigung aufzunehmen und sprach mit guter, obwohl rauher Stimme. A. E. GARROD.

102) **Störk (Wien). Demonstration eines Kranken, welcher vor zwei Jahren an Larynxcarcinom operirt worden war.** Vortrag in der Gesellschaft der Aerzte am 4. Februar 1887. *Anzeiger vom 17. Februar 1887.*

Es wurde damals der Kehlkopf bis auf die hintern äussern Theile exstirpirt, und durch Erhaltung der Arkaden und des Lig. pharyngo-epiglotticum eine künstliche Glottis gebildet. Die Epiglottis blieb unversehrt.

Patient ist seitdem gesund geblieben, spricht und isst ohne Schwierigkeit

und trägt die Canüle immer verschlossen. Ferner demonstrirt Störk einen Kehlkopfspiegel, an dem ein Glühlämpchen zur Beleuchtung angebracht ist. CHIARI.

103) **J. W. Gleitsman. Vorstellung eines Patienten, bei welchem die partielle Abtragung des Larynx ausgeführt worden war. (Demonstration of a patient on whom partial removal of the larynx has been performed.)** *New-York Medical Journal. 16. April 1887.*

Der Patient war 57 Jahre alt und hatte den Vortragenden wegen zunehmender Heiserkeit, Schlingbeschwerden und Husten consultirt. Diese Symptome hatten sich angeblich verschlimmert, seitdem Pat. eine Geschwulst unterhalb des linken Ohrs bemerkt hatte. Bei der Untersuchung fand G. einen Tumor von etwa Hühnereigrösse unter dem Kieferwinkel der linken Seite und bei der intralaryngealen Inspection eine Geschwulst von der Grösse und Gestalt einer Mandel, welche das linke Stimmband ergriffen hatte. Der Patient wurde in's Hospital aufgenommen, wo am 18. März 1885 Dr. Gerster eine Präliminaroperation vornahm, indem er die infiltrirten Submaxillardrüsen entfernte. Im April exstirpirte derselbe Operateur die obere Partie der linken Hälfte des Larynx (den erkrankten Theil), indem er die rechte Seite intact liess. Der Patient wurde am 31. Mai entlassen und erfreut sich seitdem einer guten Gesundheit, jetzt bald zwei Jahre. Der Tumor war ein Sarcom. LEFFERTS.

f. Schilddrüse.

104) **Josiah Williams** (Sheffield). **Aetiologie des Kropfs. (Etiology of goitre.)** *Brit. Med. Journ. 29. Januar 1887.*

Eine Abhandlung, vorgelesen vor der Sheffield Medico-Chirurgical Society, in welcher die verschiedenen Ansichten über die Aetiologie des Kropfs besprochen werden. A. E. GARROD.

105) **Allen Thomson Stoan** (Edinburgh). **Kropf bei Thieren. (Goitre in animals.)** *Lancet. 28. Mai 1887.*

In dieser Arbeit bespricht St. die Existenz von Kropf bei Thieren und citirt hinsichtlich dieses Factums eine grosse Anzahl von Autoritäten. Er erwähnt zuerst den irrthümlichen Gebrauch dieses Ausdrucks für Halsanschwellungen gewisser Reptilien, Vögel etc.

Der Kropf scheint weit weniger selten bei niederen Thieren zu sein, als gewöhnlich angenommen wird, und es scheint Gegenden zu geben, wo die niederen Thiere häufig ebenso daran leiden, wie die Menschen.

Die Beweise, die St. zur Stütze seiner Ansicht aus allen Welttheilen anführt, zeigen, dass wilde Thiere ebenso der Krankheit unterworfen sind, wie Hausthiere. Die Resultate der Experimente, wobei gewisse chemische Substanzen den Thieren Behufs Erzeugung von Kropf beigebracht werden, sind negativ oder nicht beweisend.

Das grosse lehrreiche Material, welches in dieser Arbeit zusammengetragen ist, wird für diejenigen sehr werthvoll sein, welche diesen Gegenstand studiren. A. E. GARROD.

106) **J. Sungthe** (India). **Fibrocystischer Kropf. (Fibro-cystic bronchocele.)** *Brit. Med. Journ. 30. April 1887.*

Eine Frau von 30 Jahren litt an einem Cystenkropf. Die Cyste wurde durch

einen Trocart entleert und Liq. ferr. sesquichl. injicirt. Es entstand eine starke locale Entzündung und leichte Allgemeinstörungen. Später wurde eine zweite, kleinere Cyste injicirt. Das Endresultat war eine Verkleinerung des Halsumfanges von $18^5/_8$ auf $13^1/_3$ Zoll.

A. E. GARROD.

107) **Terillon. Eiternder cystischer Tumor der Schilddrüse. (Tumeur kystique suppurée du corps thyroide.)** *Soc. de chir. Paris. 15. Juni 1887.*

C. stellt einen Kranken vor, der von ihm operirt worden war. Die Ausschälung war leicht.

E. J. MOURE.

108) **J. B. Hurry** (Reading). **Ein Fall von Struma mit nachfolgender Asphyxie, Tracheotomie, Tod. (Case of goitre, followed by asphyxia, tracheotomy, death.)** *Lancet. 19. März 1887.*

Ein 13jähriges Mädchen litt zur Zeit der ersten Untersuchung an einem Kropf mässigen Umfangs, der seit einem Jahre bestand. Im November 1886 begann Patientin über Kurzathmigkeit zu klagen. Einige Tage darauf hatte sie einen schweren Dyspnoeanfall, wobei sie das Bewusstsein verlor. Es wurde die Trachea zwischen dem Ringknorpel und dem vergrösserten Schilddrüsenisthmus eröffnet und eine Canüle eingelegt. Die Athmung wurde aber durchaus nicht zufriedenstellend, und Patientin starb $^1/_2$ Stunde nach der Operation.

Bei der Autopsie fand man ausser einem mässig grossen Kropf nichts Abnormes, als eine Abflachung der Trachea. welche sich ca. 3 Ctm. unterhalb der Operationswunde erstreckte, und zwar war die linke Seite stärker betheiligt, als die rechte. Die Tracheotomiecanüle muss nahezu bis zum Ende der abgeflachten Partie gereicht haben. Die Substanz der Schilddrüse war gleichmässig fest und es bestanden keine Cysten.

Das Verhalten der Recurrentes zu dem Tumor war unglücklicherweise nicht beachtet worden. Jeder Lappen der Schilddrüse war ungefähr so gross, wie zwei Hühnereier.

H. bespricht die Ursachen der plötzlichen Dyspnoe beim Kropf und vermuthet, dass eine starke Dyspnoe genüge, um die Musculi sternohyoid. und sternothyreoid. als accessorische Respirationsmuskeln in Action zu setzen. Die Contraction dieser Muskeln ist aber geeignet, die geschwollene Schilddrüse nebst Trachea zu comprimiren und die Dyspnoe zu vermehren. Da aber die verstärkte Dyspnoe die Muskelaction verstärkt, so wird ein circulus vitiosus hergestellt.

A. E. GARROD.

109) **De Renzi** (Neapel). **Anomale Formen und Behandlung des Kropfes. (Forme anomale e cura del gozzo [morbo di Flajani].)** *Rivista Clinica e terapeutica. Fasc. 1. 1887.* (Nach einem Referat der Rivista clinica dell' Università di Napoli.

Verf. vindicirt seinem Landsmann Flajani die Priorität, was die Symptomatologie der als Basedow'sche Krankheit bezeichneten Struma exophthalmica betrifft. Er bespricht die Bedeutung des Tremors in den anomalen Formen dieser Erkrankung. Als die wirksamsten Mittel, die complete Heilung herbeizuführen, empfiehlt er vorzugsweise die folgenden: Bromsalze, Galvanisation des Gehirnes

und Rückenmarkes und des grossen Halssympathicus, electrische Bäder (statische Electricität), Ruhe und Abhaltung von Aufregungen und Schädlichkeiten aller Art.

KURZ.

110) **Terillon** und **Sebilleau. Die Behandlung des parenchymatösen und fibrösen Kropfes mit interstitiellen Jodinjectionen. (Le traitement des goitres parenchymateux et fibreux par les injections interstitielles de teinture d'iode.)** *Arch. génér. de méd. Jan. u. Febr. 1887.*

Wenn der Tumor nicht kleiner wird, ist es immer noch Zeit, sagen die Autoren, das Bistouri anzuwenden.

E. J. MOURE.

111) **Drobnik** (Strassburg). **Die Unterbindung der Arteria thyreoidea inferior.** *Wiener med. Wochenschr. No. 3. 1887.*

Diese von Wölfler behufs Verkleinerung von Kröpfen ausgeführte Operation soll nach D. vom äusseren Rande des M. sternocleidomastoideus aus vorgenommen werden. Daselbst kann die Arterie leicht gefunden und isolirt werden; auch ist sie da am Weitesten von der Medianlinie entfernt und liegt constant am Innenrande des Scalenus anticus.

CHIARI.

112) **Wölfler** (Graz). **Zur Unterbindung der Arteria thyreoidea inferior beim Kropfe.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 6. S. 159. 1887.*

Eingehend auf den Vorschlag Drobnik's (s. vorstehendes Referat) führte W. bei einem grossen Kropfe den Hautschnitt nach aussen von dem M. sternocleidomastoideus oder eigentlich am Aussenrande des Kropfes und gelangte so leicht an die Art. thyr. infer. nach einwärts vom M. scalenus anticus. Der M. sternocleidomast. kam dabei gar nicht zu Gesicht. W. schlägt daher vor, sich an den Aussenrand des Kropfes zu halten, der ja doch nach einwärts gezogen werden müsse. Weitere Details werden später besprochen werden.

CHIARI.

113) **W. Thiele** (Petersburg). **Zwei partielle Kropfexstirpationen. (O 2 tschastischnich issetscheniach soba.)** *Wratsch. No. 18. 1887.*

Mittheilung zweier Fälle von partieller Kropfexstirpation mit Vorstellung einer Patientin in der Petersburger med. Gesellschaft. Bei einer 22 Jahre alten Patientin, bei der der ganze Kropf stark vergrössert war, wurde bloss das Mittelstück entfernt. Heilung per primam. Die zurückgebliebenen hypertrophischen Theile verkleinerten sich ganz bedeutend. Bei der zweiten Patientin, 32 Jahre alt, war nur die rechte Hälfte der Schilddrüse vergrössert, die auch entfernt wurde. Am Schluss spricht sich Verfasser gegen die totale Exstirpation der Struma aus.

LUNIN.

114) **Chénieux. Kropf mit Erstickungserscheinungen, Exstirpation der Schilddrüse. (Goitre suffocant, l'exstirpation du corps thyroïde.)** *Journ. de méd. de la Haute-Vienne. No. 4. April 1887.*

Der Kropf wurde bei einem 46jährigen Manne exstirpirt. Der Kranke zeigte ein Jahr darauf keine der von J. Reverdin angegebenen Störungen.

E. J. MOURE.

115) **Ollier. Ueber Schilddrüsenexstirpation. (Sur la thyroidectomie.)** *Soc. de méd. de Lyon. 28. März* in *Lyon méd. 3. April 1887.*

O. hatte die partielle Schilddrüsenexstirpation 5 Mal gemacht. Von seinen Patienten sind 4 geheilt. einer starb. Einmal musste er die Carotis communis unterbinden. (In der Discussion theilte Poncet mit. dass er 10 Mal die Schilddrüsenexstirpation ausgeführt habe; einer seiner Kranken, bei dem nur die partielle Exstirpation gemacht worden war. zeigte myxödematöse Erscheinungen.)

E. J. MOURE.

116) **Chénieux. Kropf. (Bronchocele.)** *Journ. de la soc. de méd. de la Haute-Vienne. No. 5. Mai 1887.*

C. hat einen Kranken wiedergesehen, dem er die Schilddrüse exstirpirt hatte. An der oberen Partie der Trachea sitzt ein Tumor, welcher aus Schilddrüsensubstanz zu bestehen schien.

E. J. MOURE.

117) **v. Nussbaum. Die Amputation des Kropfes.** *Münchener med. Wochenschrift. No. 15. 1887.*

Obwohl N. noch nie seinen Kropfexstirpationen Cachexia strumipriva nachfolgen sah, so hält er nach den bis jetzt vorliegenden Beobachtungen die Totalexstirpation des Kropfes nicht mehr für erlaubt. und ist deshalb zu seinen früheren Methoden, der Drainage, Ausschälung einzelner Knoten und zur galvanokaustischen Amputation zurückgekehrt; bei der letzten Operation lässt er $^1/_4$—$^1/_3$ auf der Trachea zurück; besonders schön verliefen jene Amputationen, wo nur ein einzelner mittlerer Lappen recht gross hervorragte; die Heilung verlief in 5 Fällen ganz tadellos.

SCHECH.

118) **J. Reverdin. Bemerkungen zur intraglandulären Enucleation. (A propos de l'énucléation intra-glandulaire.)** *Sem. méd. 23. Febr. 1887.*

R. setzt die Verfahren von Mikulicz, Wölfler und Sydney Jones behufs partieller Exstirpation der Struma auseinander, indem er hinzufügt, dass dieses Verfahren nicht immer die Kranken vor den abortiven Formen des Myxödems schützt.

Ihm scheint die Enucleation nach dem Verfahren von Socin die beste operative Methode zu sein.

E. J. MOURE.

119) **Augier** (Lille). **Primärer Krebs der Schilddrüse. (Cancer primitif du corps thyroide.)** *Journ. des sc. 27. Mai 1887.*

Die Affection wurde erst bei der Autopsie erkannt. A. zeigt die Präparate.

E. J. MOURE.

g. Oesophagus.

120) **Duret. Ulceration und Perforation des Oesophagus. (Ulcération et perforation de l'oesophage.)** *Soc. méd. de Reims. 2. Febr. 1887* in *Union méd. de Nord-Est. 15. Juni 1887.*

D. zeigt die Präparate eines Falles. Die Perforation sass an der Vereinigung des mittleren und unteren Drittels und stellte eine Communication

zwischen Oesophagus und der linken Pleura her. Die histologische Natur der Ulceration soll später untersucht werden. E. J. MOURE.

121) **J. B. Greswell** (Louth). **Ausgedehnte Ruptur des Oesophagus. (Extensive rupture of the oesophagus.)** *Veterinarian. März 1887.*

G. beschreibt den Fall einer Färse, die nach einem schweren Erstickungsanfall tracheotomirt worden war.

Das Thier starb plötzlich und bei der Section fand man eine 27 Ctm. lange Ruptur im Oesophagus. Die Canüle war angeblich ohne Schwierigkeit eingeführt worden, und das Thier hatte danach etwas Flüssigkeit geschluckt.

A. E. GARROD.

122) **E. Long Fox** (Clifton). **Ein Fall von Dysphagie, begleitet von Ascites. (Case of dysphagia accompanied by ascites.)** *Brit. Med. Journ. 15. Jan. 1887.*

F. beschreibt den sehr interessanten Fall eines 35jährigen, intelligenten, geistig thätigen Patienten, der von Symptomen ähnlich denen eines Magengeschwürs befallen wurde. Während seiner Reconvalescenz von diesem keineswegs schweren Anfall war er plötzlich ausser Stande, feste Nahrung zu schlucken. Flüssigkeiten konnte er, wenn ihm Zeit gelassen wurde, gut schlucken.

Der Patient consultirte einen hervorragenden Arzt, welcher einen Krebs des Oesophagus diagnosticirte. Der Kranke war damals sehr abgemagert und bleich. Er verlegte seine Schluckbeschwerden in eine Stelle in der Höhe der dritten Rippe.

Sechs Monate nach Beginn der Krankheit (Sommer 1885) entstand Ascites, der schnell wuchs und von leichtem Anasarca der Beine begleitet war. Die Leber schien zu dieser Zeit normal zu sein, der Gallenabfluss war nicht gestört, es bestand auch keine Schwellung der oberflächlichen Venen. Der Urin enthielt niemals Albumen. Am 1. Decbr. 1885 wurde die Paracentese des Abdomens gemacht und ca. $^1/_2$ Gallon klarer Flüssigkeit entleert. Die Flüssigkeit verringerte sich allmälig und ca. 1 Monat nach der Punction (25. Decbr. 1885) meinte Patient, dass er feste Nahrung schlucken könne. Er hatte auch Erfolg damit beim Versuch und seit jener Zeit war er im Stande, regelmässig feste Nahrung zu sich zu nehmen, obwohl Anfangs der Schlingact sehr langsam vor sich ging. Allmälig schwanden auch die anderen Symptome und Patient war wieder im Stande, seine literarische Thätigkeit aufzunehmen.

In diesem Falle konnte Syphilis als ätiologisches Moment des Leidens mit Sicherheit ausgeschlossen werden. F. hält es für das Wahrscheinlichste, dass es durch den Druck eines Tumors, wahrscheinlich einer Drüse, auf den Oesophagus sowohl, wie auf die Vena cava hervorgerufen sei. Es wurde beständig Jodkali gegeben, daneben zeitweilig Diuretica und Tonica.

Gegen ein malignes Leiden sprachen hauptsächlich folgende Punkte:

1) Das plötzliche Auftreten der Dysphagie.

2) Das Fehlen von Blut und Schleim aus dem Oesophagus.

3) Das Fehlen von Schmerzen, wenn der Oesophagus durch grosse Quantitäten Flüssigkeit ausgedehnt wurde

4) Das gleichzeitige Bestehen des Ascites; ein Beweis, dass der Druck ausserhalb des Oesophagus statthatte. Ausserdem ist ein primäres Carcinom der Mediastinaldrüsen. an das man denken konnte. sehr selten. A. E. GARROD.

123) **Potain. Strictur des Oesophagus syphilitischen Ursprungs. (Retrécissement oesophagien d'origine syphilitique.)** *Gaz. méd. de Paris. 23. April 1887.*

P. schliesst in dieser klinischen Vorlesung die angeborenen Stricturen und die Tumoren aus. Patient, ein Mann von 59 Jahren, wurde gleichzeitig von einer Paralyse des Oculomotorius beiderseits befallen. Dieselbe war 1879 nach einer Apoplexia nervosa eingetreten und später verschwunden.

Darauf gründet P. seine Hypothese von der syphilitischen Natur dieses Leidens und die Behandlung: Dilatation und antisyphilitische Medication.

E. J. MOURE.

124) **Potain (Paris). Syphilitische Strictur des Oesophagus. (Du retrécissement syphilitique de l'oesophage.)** *La sem. méd. 29. Juni 1887.*

Es ist eine Wiederholung einer klinischen Vorlesung, die P. im Hôpital de la Charité in Paris gehalten hat. E. J. MOURE.

125) **W. Schell. Strictur des Oesophagus. (Stricture of the oesophagus.)** *Indiana Med. Journ. Jan. 1887.*

Es handelt sich um eine Strictur bei einem Kinde, welche mit Bougies erweitert und geheilt wurde. LEFFERTS.

126) **Ferguson. Strictur des Oesophagus. (Stricture of the oesophagus.)** *New-York Med. Record. 16. Apr. 1887.*

Die Autopsie zeigte eine Strictur ungefähr in der Mitte des Oesophagus, 6 Ctm. lang, welche nur eine Sonde von $^1/_8$ Zoll Durchmesser passiren liess. Oberhalb der Strictur war der Oesophagus erweitert, unterhalb normal. In der Nachbarschaft der Strictur war die Wand des Oesophagus sehr verdickt.

LEFFERTS.

III. Kritiken und Besprechungen.

Bericht über die 21. Section der 60. Naturforscher-Versammlung zu Wiesbaden. (Laryngo-Rhinologie.)

In der ersten Sitzung Montag. den 19. September, Mittags $1^1/_2$ Uhr, constituirt sich die Section nach der Eröffnung durch Herrn Heinrich, bestätigt den bisherigen Schriftführer. Herr Fischenich, und wählt hinzu die Herren A. Schnitzler, Proebsting. Onodi. Durch Acclamation wird als Vorsitzender für die erste Sitzung Herr Heinrich bestimmt und beschlossen, die Sitzungen um 10 Uhr Morgens zu beginnen. Im Uebrigen werden für die Dauer der Vorträge die bisher üblich gewesenen Normen angenommen.

Zweite Sitzung Dienstag Morgens 10 Uhr. Vorsitzender: Herr Heinrich.

1. Herr Hering (Warschau); „Das Curettement tuberculöser Larynxgeschwüre und seine Erfolge, mit Demonstrationen". An

Präparaten und Zeichnungen demonstrirt Hering zuerst die histologischen Beweise der Vernarbung derartiger Geschwüre. Dabei erinnert er vor Allem an seine Demonstration eines tuberculösen Larynx im vorigen Jahre in Berlin, bei dem ausgebreitete tuberculöse Geschwüre durch Milchsäure und Curette geheilt waren, eine Heilung, die durch Virchow's Urtheil bestätigt wurde. Ein weiteres Präparat stammt von einer an Phthisis zu Grunde gegangenen 70jährigen Frau (Demonstration von Präparaten und Chromolithographie). Im Pharynx konnte er dreimal die Vernarbung nachweisen, ebenso in 2 Fällen von Zungen- und Nasentuberculose. In allen durch die Curette entfernten Partikeln der Geschwüre waren Tuberkel mit Riesenzellen nachweisbar.

Die chirurgische Behandlung der tuberculösen Laryngitis fusst zunächst auf der Umwandlung des bösartigen in ein gutartiges Geschwür durch Auskratzen desselben, dann auf der Kräftigung des Allgemeinbefindens. Redner bespricht zunächst die Wirkung der von Krause eingeführten Milchsäure, lobt ihre günstige Einwirkung auf die Geschwüre — in 15 mit Milchsäure behandelten Fällen erzielte er 8 Mal bis jetzt dauernde Vernarbung — bemerkt aber, dass bei noch vorhandenen Infiltraten im Larynx die Vernarbung keine definitive war. Ueber die submucösen Injectionen von Milchsäure (10—20 pCt.) und von Jodoformemulsion sind seine Beobachtungen noch nicht abgeschlossen. Dagegen wendet er das Curettement bei in der Rimula auftretenden tumorartigen Excrescenzen, bei Geschwüren, in deren Boden und Rändern Tuberkel nachweisbar sind, an, nach vorheriger Anästhesirung mit Cocain. Die Nachbehandlung besteht in Bepinselungen mit Jodoformemulsion. „Curettirt wurde bisher vorwiegend: die hintere Larynxwand, ferner die falschen Stimmbänder bei tumorähnlichen Infiltraten, die innere tiefere Partie der Epiglottis. In zwei Fällen von drohender Stenose, bedingt durch Perichondritis, mit Granulationsbildung, wurde die Tracheotomie umgangen, auf 20 Fälle von Curettement in 15 völlige Vernarbung erzielt, die sich seit 6—12 Monaten bewährt hat. Im Ganzen habe ich auf 35 Fälle von tuberculösen Geschwüren, deren Casuistik in einer grösseren Arbeit nächstens erscheint, in 27 Fällen längere Zeit dauernde Vernarbung erzielt."

Redner fordert schliesslich zu ausführlichen casuistischen Beobachtungen bezüglich des Vergleiches zwischen den einzelnen Behandlungsweisen auf, da er wohl weiss, dass auch auf anderem Wege Erfolge in der Behandlung der Larynxphthise constatirt werden. — Auf Antrag des Herrn Gottstein wird die Discussion bis nach dem folgenden Vortrage verschoben.

2) Herr Schnitzler (Wien) bespricht die neueren Heilmittel und Heilmethoden bei Kehlkopftuberculose. Menthol, Jodol, Salol, Milchsäure und der neuerdings empfohlene phosphorsaure Kalk sind von ihm nur bei wenig vorgeschrittenen Ulcerationen und bei gleichzeitig günstig sich gestaltender Lungenbehandlung mit Erfolg angewandt worden.

An der Discussion über die Vorträge betheiligen sich v. Cube (Mentone), Schmidt (Frankfurt a. M.), Gottstein (Breslau), Schnitzler und Hering. Die sehr interessante Discussion ergab gegenüber den pessimistischen Anschauungen Schnitzler's, dass die Mehrzahl der Redner die Milchsäure-

behandlung Krause's und das Curettement Hering's als einen mächtigen Schritt weiter auf dem Wege zum Ziele — der Heilung der Larynxtuberculose betrachten.

3) Schnitzler (Wien): Ueber Umwandlungen gutartiger Neubildungen in bösartige. Der Vortragende berichtet über einen Patienten, bei dem von einem Collegen Larynxpapillome vor einigen Monaten entfernt und, um Recidive zu vermeiden, Aetzungen der Reste mit Lapis gemacht worden waren. Die Untersuchung in der Poliklinik des Vortragenden ergab das Bild einer Perichondritis laryngea, die aber Schnitzler, wie eine sich später hinzugesellende Pleuritis, als carcinomatös bezeichnete. Die Diagnose wurde durch die Section vollauf bestätigt. Schnitzler konnte unter den hunderten Fällen von gutartigen Larynxneubildungen nur dreimal die Umwandlung in bösartige nachweisen und bespricht zum Schlusse die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen gut- und bösartigen Neubildungen und zwischen Carcinom und Syphilis des Kehlkopfes.

In der Discussion erwähnt Morelli (Budapest) die Umwandlung eines entfernten und mit dem Galvanocauter gebrannten Papilloms in Carcinom. Seifert (Würzburg) empfiehlt mit Schnitzler bei zweifelhaften Fällen experimentell die Schmierkur und führt 2 mit den obigen synonyme Fälle an. Heymann (Berlin) erwähnt einen Fall, wo sich nach Nasenpolypenoperation mit der Zange ein melanotisches Sarcom zeigte. Gottstein warnt, aus der laryngoscopischen Untersuchung auf eine Umwandlung gutartiger Neubildungen in bösartige schliessen zu wollen.

4. Onodi (Budapest): Beiträge zur Lehre von der Innervation und den Lähmungen des Kehlkopfes. Onodi hat die Innervation des M. cricothyreoideus untersucht und in einigen Fällen gefunden, dass der N. laryngeus inf. ein oder zwei Fäden zu dem Muskel sandte, eine Anomalie, die ihm immerhin für die Frage der doppelten Innervation eine wichtige Stütze zu bieten schien. Was den von Exner sogenannten N. laryngeus medius angeht, so fand er, dass vom R. pharyngeus vagi nicht nur zum R. ext. des N. laryng. sup., sondern auch zum unteren Kehlkopfnerven von dessen Verästelung je ein Ast abgeht, letzterer also auch als selbstständiger Nerv zu betrachten ist; daher schlägt er vor, die Bezeichnung des N. laryng. medius zu beseitigen. Ferner suchte er die Theilnahme des Laryng. sup. an der motorischen Innervation zu eruiren. Er konnte nachweisen, dass der N. arytaenoideus transversus sowohl vom oberen, als vom unteren Kehlkopfnerven versorgt wird. Ferner hat er merkwürdige Verbindungen angetroffen zwischen dem Recurrenszweig am oberen Rande der Ringplatte und dem N. laryng. sup. Auch in der Tiefe des M. aryt. transversus fand er bisher unbekannte, feinste Verbindungen zwischen oberen und unteren Kehlkopfnerven, und zwar 4 paarige und eine unpaarige Verbindung. „Es liegt ausser Zweifel, dass das sensitive Gebiet der Nerven nicht so scharf getrennt ist, wie man bisher glaubte, und dass beide gemeinschaftlich nicht nur die eine Hälfte, sondern auch gekreuzt die andere Hälfte versorgen.“ Onodi führt die in der Literatur bekannt gewordenen Fälle und auffallenden pathologischen Erscheinungen, sowie die verschiedenen Erklärungsversuche und

Hypothesen an und demonstrirt seine Befunde an fleissig ausgeführten Zeichnungen.

Zweite Sitzung Mittwoch den 21. September. Vorsitzender: Herr Gottstein. Schriftführer: H. H. Fischenich, Onodi.

1. Heymann (Berlin): Ueber Formveränderungen der Nasenscheidewand. Redner hat diese Veränderungen unter 800 Fällen in mehr als 99 pCt. gefunden. Eine sicher vorkommende Ursache sei Trauma. wenn auch nicht immer zutreffend. Direct beweisend für das Trauma als ätiologisches Moment sei die Beobachtung Genzmer's, der unmittelbar aus einer Verletzung Deviation entstehen sah, sowie seine eigene Erfahrung, wo in einem Falle durch Schlag auf die Nase ein auf beiden Seiten von Knorpel begrenzter Abscess entstand und eine Deviation der einen Knorpellamelle zurückblieb. Was die Operation angeht, so entfernt H. mit schneidendem Instrument die Verdickung.

In der Discussion bemerkt Bresgen (Frankfurt a. M.), es sei bekannt. dass die Deviationen sich meist links fänden und sucht dies dadurch zu erklären, dass bekanntlich die ganze linke Körperhälfte schwächer entwickelt sei, also bei Fällen auf das Gesicht vornehmlich die linke Gesichtshälfte betroffen werde. Auch er nimmt immer ein Trauma an, wenn sich callöse Massen nahe dem Nasenboden befinden. Verkrümmungen der Choanalscheidenwand seien häufiger, als bisher angenommen. Therapeutisch empfiehlt er für die knorpeligen Vorsprünge den Galvanokauter, für die knöchernen den Meissel nach vorheriger Aetzung mit Acid. chromic.

Hopmann (Cöln) kann ebenfalls die traumatische Aetiologie nicht von der Hand weisen, glaubt aber, dass für die Vordernase häufig, für die Hinternase fast immer das entwickelungsgeschichtliche Moment zu betonen ist. Die einzelnen Knochen und Knorpel wachsen nicht immer proportional, so dass Faltungen, Verbiegungen entstehen müssen.

Goldschmidt (Berlin), Guye (Amsterdam), Lippert (Nizza) bestätigen die Mittheilungen Heymann's; letzterer tamponirt nach der Operation die Nase mit Watte und begnügt sich vor derselben das Septum mit 20 proc. Cocainlösung zu pinseln. Onodi wirft die Frage auf, ob das Vorhandensein der doppelten Lamellen ständig sei und die Entstehung der anderen Deviationen nicht mit den Resten des Jacobson'schen Organes in kausalen Connex gebracht werden könnte.

Gottstein recapitulirt seine früher schon ausgesprochene Ansicht, dass im Septum schleichend verlaufende Perichondritiden Ursache mancher Deviationen sind.

2. Herr A. Rosenberg (Berlin) demonstrirt ein Instrument zur genaueren Betrachtung der hinteren Larynxwand und der subglottischen Gegend. Dasselbe, nach Art der Kehlkopfinstrumente gebogen, trägt an seinem unteren Ende einen aus der vertikalen in die horizontale Ebene umklappbaren Spiegel, der in, resp. durch die Glottis nach vorheriger Cocainisirung geführt wird.

3. Herr Bresgen (Frankfurt a. M.) demonstrirt einen verbesserten Duplay für Erwachsene und Kinder, ferner sehr lange und dünne silberne

Nasensonden, welche ungeknöpft sind. Für die Sondirung der Stirn- und Highmorshöhle benutzt er geknöpfte Sonden, welche $2^1/_2$ Ctm. von der Spitze eine leichte Krümmung haben. An einer mit langer Platinspitze versehenen Sonde demonstrirt er seine Methode der Chromsäureätzungen; B. legt schliesslich seine 4 Nasenmeissel vor mit verschiedener Stellung der Schnittfläche und ganz aus Metall gearbeitet. Der Griff hat die bekannte Nasenabbiegung, damit das Gesichtsfeld frei bleibt und endigt in zwei nicht von einander zu entfernenden Scheerenringen.

4. C. Morelli (Budapest) demonstrirt einen Nasentrichter aus Glas zu Eingiessungen, Nasentamponträger, Nasenecraseurschlingenführer, um die Schlinge bis zur Wurzel des Polypen hinaufzuführen, einen Autoinsufflator aus Glas, ein Papillotom für den Kehlkopf, bei dem der Vortheil besteht, dass der abgeschnittene Tumor nicht herausfallen kann, sowie zwei Lapisadstringentienträger für die Nase.

Vierte Sitzung vom Freitag, den 23. September, $^1/_2$10 Uhr. Vorsitzender Herr Schmidt (Frankfurt), Schriftführer H. H. Fischenich und Onodi.

1. Herr Hopmann (Cöln): Ueber congenitale knöcherne Verschlüsse und Verengerungen der Choanen.

Nach Erwähnung der häufigen Fälle von Choanalstenose in Folge von Geschwülsten (adenoide Vegetationen, Verschwellung der hinteren Muschelenden u. s. w.) macht H. darauf aufmerksam, dass verhältnissmässig schon kleine Geschwülste bei bestehender knöcherner Enge der Choanen zu nasaler Athmungsstenose führen. Vollständige knöcherne Verschlüsse sind selten. Schrötter führt 10 Fälle aus der Litteratur an, einen 11. Fall beschreibt er selbst, Schäffer einen 12. Fall; H. selbst liefert zwei Fälle dazu, so dass im Ganzen 14 Fälle existiren. Membranöse Verschlüsse sind häufiger beobachtet. H. führt die beiden Fälle vollständigen Verschlusses (jedesmal die rechte Choane, bezw. den hintersten Abschnitt der rechten Nasenhöhle bei einem 12jährigen Mädchen bezw. einem 16jährigen jungen Mann betreffend) ausführlicher, sowie 33 Fälle von ein- oder doppelseitiger Stenose kursorisch an und betont besonders die häufige Complication dieser Anomalie mit adenoiden Vegetationen (29 Fälle).

Was die stets erfolgreiche Therapie anlangt, so sucht er bei membranösen Verschlüssen mit dem Finger vom Nasenrachenraum aus die Verwachsung zu sprengen oder zu dehnen, bei knöchernen Verschlüssen bedient er sich des Elevatoriums und des Meissels.

Die Discussion eröffnete Herr Obertrischen (Crefeld) durch Mittheilung eines Falles von knöcherner Verlegung der rechten Choane, die bis zur Acquirirung eines acuten Schnupfens linkerseits absolut symptomlos blieb. Herr Reimer (Düsseldorf) berichtete über einen ähnlichen Verschluss der rechten Choane, wo der Gesichtsschädel rechts gegen links zurückgeblieben war. Die Entfernung von der Nasolabialfalte rechts bis zum Ohre war $1^1/_2$ Ctm. geringer als links. Auch das Gaumengewölbe war rechts höher als links.

Herr Gottstein kann den Drillbohrer der Zahnärzte nicht empfehlen, sondern operirt mit dem Meissel.

2. Herr Morelli (Budapest) theilt einen Fall von vereiterndem Rhino-

Laryngo-Sclerom mit; die das Lumen ausfüllende Knotenbildung zeigte sich in beiden Nasenflügeln, wie auch im Larynx; der histologische Befund ergab ähnliche kleine rundzellige Infiltration, wie sie Kaposi, Geller beschrieben. Im Schnittpräparate und Eiter ergaben sich die von Fritsch für charakteristisch angegebenen Bacillen; Redner demonstrirt seine Befunde an mikroscopischen Präparaten.

3. Herr Gottstein theilt einen Fall von hysterischer Stummheit mit, der zwar in der äusseren Erscheinung mit der von Charcot beschriebenen Sprachstörung gleich ist, sich aber durch seine Entstehungsart unterscheidet. Redner konnte in seinem Falle die als phonischen Stimmritzenkrampf bekannte Coordinationsstörung auffinden. G. glaubt, dass es sich in den Charcot'schen Fällen um eine Hemmung zwischen dem Centrum und den Muskeln, in seinem Falle dagegen um eine in excessiver Weise vor sich gehende Bewegung handelt, und schlägt vor, deshalb eine Mutitas paralytica und eine Mutitas laryngea spastica anzunehmen.

Discussion: A. Rosenberg (Berlin), Hopmann (Cöln) und Heymann (Berlin) berichten über theils analoge, theils ähnliche Fälle.

4. Herr Schmidt (Frankfurt): Ueber Tracheotomie bei Kehlkopfschwindsucht. Anschliessend an seinen vorjährigen Vortrag in Berlin, berichtet Redner über 7 Fälle, in denen wegen Tuberculose des Larynx tracheotomirt wurde. Die Operation wurde bei den Meisten wegen zunehmender Infiltration und entstehender Stenose gemacht. Gestorben sind kurz nach der Operation 2, nachdem bei Beiden Besserung eingetreten war; bei einem Dritten hat sich der Allgemeinzustand noch nicht so weit gebessert, dass an eine örtliche Behandlung des Larynx gedacht werden konnte; ein Vierter ist nach brieflicher Mittheilung so weit gebessert, dass die Canüle entfernt wurde und die Stimme ganz gut ist. Seit der Operation sind 4 1/2 Monate verflossen. Drei sind geheilt, der Eine, vor 2 1/2 Jahren operirt, ist in Bezug auf sein Allgemeinbefinden sehr gut, Lunge geheilt, hat seit einigen Wochen ein kleines Geschwürchen am rechten Taschenbande. Der Zweite, am 6. Oct. 1886 operirt, ist im Larynx geheilt, die rechte Lunge hat noch eine Caverne; Allgemeinbefinden gut, starke Gewichtszunahme. Der Dritte, am 3. Januar 1887 operirt, ist völlig geheilt. Bei allen Dreien fanden sich resp. finden sich noch Bacillen. Die beiden in Berlin berichteten Fälle leben noch und befinden sich verhältnissmässig wohl. Redner betont nochmals unter Hinweis auf diese 5 Heilungsfälle die Vortheile der Tracheotomie bei tuberculöser Laryngitis und glaubt, dass durch noch frühzeitigere Operation auch die Narbenstenose vermieden werden könnte. — Durch besondere Liebenswürdigkeit des Vortragenden wird es den Mitgliedern der Section möglich gemacht, drei der geheilten Fälle zu laryngoscopiren.

An der Discussion betheiligen sich Hopmann, Morelli und Heymann. Hopmann erwähnt, dass er zwar seit längerer Zeit den günstigen Einfluss der Tracheotomie bei Larynxtuberculose kenne, aber eine Heilung noch nicht constatirt habe. Ferner erwähnt er eines Falles von Kehlkopfexstirpation bei tuberculöser Infiltration des Larynx, wo allerdings nach 3 Monaten der lethale Ausgang eintrat, trotzdem aber ein bedeutender Nachlass der Beschwerden erreicht

wurde, und glaubt, dass man bei einzelnen seltenen Fällen localer Larynxtuberculose von vorne herein am besten den Larynx exstirpirt. Morelli erwähnt einen Fall von primärem Larynxtumor tuberculöser Natur, bei dem nach der Tracheotomie und Entfernung des Tumors mittelst Papillotoms Heilung eintrat.

Heymann erwähnt, dass Pitha zuerst bei Larynxulcerationen tracheotomirt habe.

5. Herr Betz-Mainz: Zur Therapie der Perichondritis laryngea. Redner erwähnt zunächst kurz die bisher gebräuchlichen therapeutischen Mittel und kommt dann auf die chirurgische Behandlung vermittelst totaler oder partieller Larynxexstirpation zu sprechen. Er theilt die Krankengeschichte seines Falles von partieller Exstirpation ausführlich mit. Patient war 38 Jahr alt und zeigte laryngoscopisch eine starke Schwellung der linken Larynxhälfte, die so bedeutend wurde, dass tracheotomirt werden musste. Da die Anamnese keine Anhaltspunkte für Lues oder Phthise ergab, so wurde eine primäre Perichondritis angenommen und da nach der Tracheotomie keine Besserung eintrat, auch Incisionen keinen Abscess entleerten, so wurde die Laryngofissur gemacht und der cariöse linke Aryknorpel, sowie ein Sequester der Ringknorpelplatte entfernt. Die Nachbehandlung wurde mittelst Schrötter'scher Zinnbolzen ausgeführt. Patient, welcher der Section vorgestellt wurde, vermag mit lauter Stimme zu sprechen und auch der Larynx ist durchgängig für die Luft. Jedenfalls befindet sich Patient jetzt bedeutend besser, als vor der Resection.

6. Herr Bresgen berichtet über das Vorkommen croupöser Pseudomembranen in Nase und Pharynx.

Wenn sich Kranke, die mit dem Galvanokauter behandelt worden sind, in der Nase oder dem Pharynx nach dem ersten Abstossen der Brandschorfe eine Erkältung zuziehen, so bildet sich sofort eine neue Speckhaut, die bereits am anderen Tage wieder entfernt werden kann, aber sich 3—4 Wochen lang unter gleichzeitiger Schwellung der Schleimhaut erneuere; einzelne Kranke bekämen Schüttelfröste; von Nutzen erwies sich nach Entfernung der Pseudomembranen das Einreiben mit Jodglycerin. Ob es sich um wirklichen Croup handle, möge dahingestellt bleiben, das klinische Bild sei dem von A. Hartmann beschriebenen sehr ähnlich.

In der Discussion berichtet Schmithuisen (Aachen) über 12 Fälle von Rhinitis crouposa; bei einem Theil der Fälle war hereditäre Syphilis nachzuweisen, in dem anderen nicht. Im Gegensatz von Hartmann war in allen Fällen kein fieberhaftes Stadium nachzuweisen. Als specifisches Heilmittel hat sich dem Redner Jodeisensyrup erwiesen. In zwei Fällen musste eine antisyphilitische Behandlung eingeleitet werden. Hering (Warschau) glaubt, dass durch Eingiessung von unreinem Wasser, welche von den Patienten eigenmächtig vorgenommen würden, die schlechte Heilung nach galvanokaustischer Behandlung herrühre.

7. Herr Schächter demonstrirt einen fixirbaren Nasenspiegel nach Jelenffy. Dem Patienten wird ein Stirnband angelegt, an dem eine verticale Stange befestigt ist, die bis zur Nase herabreicht und dort nach entsprechender Krümmung einen Nasenspiegel trägt; ein zweites Exemplar ist so eingerichtet, dass der Patient dasselbe in die Hand nehmen kann.

8. Herr Hopmann zeigt einen neuen Verschluss für Scheeren und scheerenartige Instrumente, der von der Firma Kühne, Livers und Neumann (Cöln) patentirt ist. Der Verschluss gestattet das Auseinandernehmen und Reinigen der Branchen und ist aus Gründen des antiseptischen Verfahrens sehr zu empfehlen.

Herr Schmidt schliesst die Sitzung und stattet dem Einführenden, Herrn Heinrich und den Schriftführen Herrn Fischenich und Onodi den Dank der Section für ihre Bemühungen ab; Herr Heinrich dankt in seinem und der Schriftführer Namen und ruft der Versammlung ein fröhliches Wiedersehen im nächsten Jahre zu.

F. FISCHENICH (Wiesbaden)
Schriftführer der Section.

IV. Briefkasten.

Die beabsichtigte Gründung einer Britischen Laryngologischen und Rhinologischen Gesellschaft.

Im Verfolg der von dem Vorsitzenden der laryngologischen Subsection zu Dublin gegebenen Anregung (vgl. Centralblatt, dieser Jahrgang, S. 287) werden gegenwärtig die Laryngologen des Vereinigten Königreichs eingeladen, einer zu begründenden „British Laryngological and Rhinological Association" beizutreten.

Wir haben vor grade zwei Jahren bei Gelegenheit unserer Opposition gegen die Gründung einer Deutschen Gesellschaft für Laryngologie und Rhinologie so ausführlich die Gründe entwickelt, die unserer Ueberzeugung nach, wenigstens für die Gegenwart, gegen die Begründung separater laryngologischer Gesellschaften sprechen (vgl. Centralblatt II. S. 291 u. ff.), dass wir auf eine Wiederholung derselben verzichten können. In Grossbritannien ist es vielleicht nöthiger als in irgend einem anderen Lande, dass die Laryngologie fortdauernd und in noch höherem Grade als bisher dem ärztlichen Stande, wie er in den allgemeinen Gesellschaften vertreten ist, Beweise ihres Strebens und ihres Könnens giebt. Bei diesem Stande der Dinge kann unserer Ansicht nach eine Isolirung und Ablösung von dem Gesammtkörper der Wissenschaft nur schädlich wirken.

Krankenbücher für Laryngologen und Rhinologen.

Herr Dr. M. Bresgen (Frankfurt a. M.) hat uns einen Bogen seines neugedruckten Krankenjournals für Laryngologen und Rhinologen zugesandt, mit der Bitte, den Fachgenossen über dasselbe eine kurze Mittheilung zu machen. — Das Journal ist so eingerichtet, dass für jeden Fall zwei Seiten Imperial-Formats reservirt sind. Auf der ersten Seite finden sich Rubriken zu Anmerkungen für den Arzt über Anzahl der Besuche, Consultationen, Operationen, Honorare etc ; die zweite Seite ist für die Krankengeschichte bestimmt, und enthält am linken Rande fünf wohlgelungene schematische, zum Einzeichnen bestimmte Bilder der Nase und des Nasenrachenraums, ein dito Bild des Rachens, eines des Kehlkopfs und eines der Zunge, die manchen Collegen willkommen sein dürften. Die Bogen sind bei Johannes Alt in Frankfurt a. M. verlegt, und von demselben zum Preise von 6 Mark für 100, 25 Mark für 500 Bogen zu beziehen. — Gleichzeitig sind uns Probebogen eines ähnlichen Zwecken dienenden in englischer Sprache verfassten Formulars von Dr. Scanes Spicer zugegangen. Dasselbe ist sehr methodisch abgefasst, ebenfalls mit schematischen, zum Einzeichnen bestimmten Bildern der uns speciell interessirenden Theile und ausserdem der Trommelfelle versehen, und ist besonders zum Gebrauch für Practicanten im Hospital zu empfehlen. 100 Bogen sind von H. K. Lewis, 136 Gower Street, London WC. zum Preise von 7½ shillings zu beziehen

---

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang IV. Berlin, Februar. 1888. No. 8.

I. Die laryngologische Literatur in den ersten sechs Monaten des Jahres 1887.

Die Gesammtproduction ist eine sehr bedeutende gewesen. Nordamerika hat seine frühere, führende Stellung wieder eingenommen — hauptsächlich wohl in Folge der Massenliteratur über das O'Dwyer'sche Intubationsverfahren bei Kehlkopfdiphtheritis —; Frankreich und Grossbritannien haben ebenfalls sehr viel producirt, während die deutsche literarische Thätigkeit etwa die gleiche geblieben ist, wie im Vorjahre. Die Productionsverhältnisse der anderen Länder geben keinen Anlass zu speciellen Bemerkungen. Die Statistik der spanischen Arbeiten wird in die Jahrestabelle aufgenommen werden.

Länder.	Allgemeines.	Nase.	Rachen.	Diphtheritis und Croup.	Kehlkopf.	Schilddrüse.	Oesophagus.	Zusammen.
Nordamerika	31	47	17	68	28	2	7	200
Frankreich	28	37	31	27	36	12	10	181
Grossbritannien und Colonien	20	20	43	17	33	18	14	165
Deutschland	12	26	5	5	24	13	5	90
Oesterreich	14	12	11	2	18	2	—	59
Italien	4	3	5	4	11	2	1	30
Belgien und Holland	4	2	3	2	5	—	2	18
Dänemark, Schweden, Norwegen	3	4	5	2	—	—	—	14
Russland	4	3	—	2	2	2	1	14
Polen	—	1	—	—	3	—	—	4
Schweiz	—	—	2	—	1	—	—	3
Zusammen	120	155	122	129	161	51	40	778

II. Referate.

a. Aeusserer Hals, Therapeutisches, Instrumente etc.

1) H. L. Rogers. **Localbehandlung scrophulöser Drüsen nebst Bemerkung über Syrup. compos. Trifolii als Heilmittel. (Local treatment of scrofulous glands with a notice of compound syrup of trifolium as a therapeutic agent.)** *New-York Med. Journal. 25. Juni 1887.*

Der Autor hat während der letzten zwei Jahre eine der beiden folgenden Methoden befolgt: 1) Teale's Methode der Ausschälung der geschwollenen und entzündeten Drüsen und Auskratzung der alten Sinus. Er nahm zu dieser Methode in drei Fällen seine Zuflucht; die Resultate waren insgesammt nach Wunsch. Der einzige Vorwurf, der diese Methode trifft, ist der, dass sie eine grössere Operation verlangt und ohne Narcose nicht ausgeführt werden kann. 2) Bei kalten Abscessen Entleerung des Eiters und Einspritzung einer Lösung von Jodoformäther. Mit dieser Methode hat er neun Fälle behandelt; die Schwellung schwand allmälig innerhalb 3 Wochen bis 2 Monaten

Seine Erfahrung ergab, dass gewöhnlich eine Injection genügte. Nur in drei Fällen fand er die Wiederholung der Injection in das geschwollene Gewebe für nöthig. In vier Fällen injicirte er Drüsen, in denen er keinen Eiter fand, wo jedoch das Centrum der Schwellung erweicht und dem Aufbruch nahe war. In solchen Fällen injicirt er eine halbe oder ganze Spritze einer 2—3proc. Lösung. In allen Fällen ging die Schwellung allmälig zurück, so dass sie in vier Wochen bis drei Monaten ganz verschwunden war. Stets gab er gleichzeitig innere Mittel, da alle Patienten mehr oder weniger anämisch waren, und zwar Jodarsen, Sublimat, Schwefelcalcium oder Eisen mit Syr. comp. trifolii. Kinder nehmen diese Combination lange Zeit, ohne Brechneigung zu haben oder irgend welche Störung der Magenfunction zu erleiden. LEFFERTS.

2) **Verneuil** (Paris). **Adenom der Regio suprahyoidea. (Adénome de la région supra-hyoïdienne.)** *Gaz. des hôp. 7. April 1887.*

Vorlesung über diese Tumoren, die nach V. sehr selten sind und von denen er im Verlauf seiner Praxis nur wenige Fälle zu beobachten Gelegenheit hatte. Die Diagnose wurde per exclusionem gestellt. E. J. MOURE.

3) **Masse** (Bordeaux). **Angeborene Dermoidtumoren. (Tumeurs dermoïdes congénitales.)** *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux. 22. Mai 1887.*

Im Verlauf seines Artikels über diesen Gegenstand spricht M. nebenbei von den Cysten der Regio subhyoïdea. E. J. MOURE.

4) **J. M. Holmes. Ein Fall von metastatischer Parotitis mit Ausgang in Eiterung. Heilung.) (A case of metastatic parotitis terminating in suppuration. Recovery.)** *Atlanta (Ga.) Med. and Surg. Journ. Juni 1887.*

Der Patient litt an acuter Hepatitis und Duodenitis mit Verschluss des gemeinsamen Ganges. Die Symptome begannen nachzulassen, als die Parotis anfing

zu schwellen, zu eitern und sich durch den äusseren Gehörgang und später durch eine Oeffnung gerade unterhalb des Unterkieferwinkels zu entleeren. Die Suppuration bestand so lange, bis die ganze Drüse geschwunden war. Der Patient genas schliesslich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

5) **Partridge. Tumor der Parotis. (Tumour of the Parotid.)** *Edinburgh Med. Journal. Juni 1887.*

In einer Sitzung der Carlisle Medical Society demonstrirte Partridge einen Tumor der rechten Parotis bei einem dreimonatlichen Kinde. Einzelheiten werden nicht angegeben. MC. BRIDE.

6) **D. S. Young. Eine neue Behandlungsmethode der Schnittwunden des Halses, welche die Luftwege eröffnen. (A new treatment for incised wounds of the throat, penetrating the air-passages.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 5. März 1887.*

Das „Neue" der Behandlung besteht in der Einnähung der Schnittränder in die Luftröhre. Es werden Catgutfäden durch den Knorpel mit Einschluss der Schleimhaut geführt. Dadurch wird die Wunde innen geschlossen. Aeusserlich werden auch Suturen gemacht und auf diese Weise wird der Luft wie den Flüssigkeiten der Zugang abgesperrt. LEFFERTS.

7) **H. Hathaway** (Mogoke, Upper Burmah). **Ein eigenthümlicher Fall von selbstmörderischer Durchschneidung des Halses. (A peculiar case of suicidal cut-throat.)** *British Medical Journal. 30. April 1887.*

H. berichtet den Fall eines Artilleristen, welcher während eines Anfalls von schwerer Febris remittens Selbstmord beging, indem er das ganze Gewicht seines Kopfes und Halses, vielleicht auch seines Körpers auf die geöffnete Klinge eines Rasirmessers warf. Man fand ihn mit dem Gesicht nach unten gekehrt liegend, Kopf und Schulter ragten über den Rand seines Lagers hinaus, während sein rechter Ellenbogen auf dem Rand des Lagers ruhte; die rechte Hand hatte das Rasirmesser fest ergriffen. Dasselbe hatte die Gefässe und alle Gebilde an der Vorderseite des Halses durchschnitten, so dass die vorn die Wirbelsäule bedeckenden Muskeln freilagen. A. E. GARROD.

8) **G. Nelson** (Bridlington Quay). **Ein Fall von selbstmörderischer Halsverletzung. (Case of cut-throat.)** *Lancet. 26. März 1887.*

Ein Bericht über einen Mann, welcher sich den Hals abzuschneiden versucht hatte. Die Wunde erstreckte sich quer über den Hals zwischen Zungenbein und Schildknorpel. Der Schildknorpel war fracturirt.

Die Blutung wurde durch kalte Schwämme gestillt. Zwei Stunden später begann die Blutung wieder; es wurden deshalb vier kleine Arterien unterbunden. Die Wunde wurde zwei Tage lang offen erhalten, hierauf zwei Silberstifte in die Seiten der Wunde befestigt und oberhalb des Larynx eine Oeffnung zur Drainage zurückgelassen. (Die Wunde wurde offen erhalten, um zu verhüten, dass Blut in die Lungen gerathe.)

Zur Zeit von N.'s Bericht ging es dem Patienten gut. Die genähten Theile waren gut vereinigt. A. E. GARROD.

9) J. Cunning Mackenzie (Morpeth). **Selbstmörderische Halswunde. (A self inflicted throat-wound.)** *Brit. Med. Journal. 12. Febr. 1887.*

Eine sehr ungewöhnliche Wunde, welche eine geisteskranke Patientin sich selbst zugefügt hatte. Sie verlief auf der rechten Seite mit der Richtung von hinten nach vorn. Der Fall ist vom gerichtsärztlichen Standpunkte aus von Bedeutung. A. E. GARROD.

10) Stocquart. **Salzsaures Apomorphin innerlich als Expectorans bei der Behandlung der Respirationsorgane. (Le Chlorhydrate d'Apomorphine administré à l'intérieure, comme expectorant, dans le traitement des affections des voies respiratoires.)** *Archives mensuelles de Médecine et de Chirurgie pratiques. Mai 1887.*

Nichts Neues. BAYER.

11) A. Ruault (Paris). **Neue Notiz über den Gebrauch von Natr. benz. bei einigen Krankheiten des Schlundes und des Kehlkopfs. (Nouvelle note sur l'emploi de benzoate de soude dans quelques maladies de la gorge et du larynx.)** *France méd. 7. Juni 1887.*

R. empfiehlt die Anwendung des Benzoësalzes, dargestellt mit Acid. benz. und nicht mit dem käuflichen Präparat. Er betont die Resultate, die er bereits in einer vorhergehenden Mittheilung bekannt gegeben hat. E. J. MOURE.

12) Gouguenheim (Paris). **Anästhesirende Eigenthümlichkeiten des Cocain. (Propriétés anesthesiques de la cocaïne.)** *Soc. de thérapeut. Paris. 27. April 1887.*

G. erklärt, dass er die anaesthesirenden Eigenschaften des Cocain studirt habe und bespricht die Art der Anwendung. In dieser Besprechung wird kein Name genannt, so dass es fast scheinen könnte, dass das Cocain eine neue Entdeckung sei. E. J. MOURE.

13) Littlejohn (Edinburgh). **Vergiftung mit Bow's Liniment. (Poisoning by Bow's Liniment.)** *Edinburgh Med. Journ. April 1887.*

In einer Sitzung der Edinburgh Medico-Chirurgical Society zeigte Littlejohn Magen, Darm, Schlund und Luftröhre eines Mannes, welcher eine Quantität von Bow's Liniment verschluckt hatte. Es waren überall deutliche Erscheinungen von Irritation der Theile vorhanden. Mc. BRIDE.

14) H. M. Church (Edinburgh) **Sublimatvergiftug. (Poisoning by corrosive sublimate.)** *Edinburgh Med. Journ. März 1887.*

Der Zustand des Halses in diesem Falle, welcher tödtlich endete, wird wie folgt beschrieben: „Innerhalb 3 cm von seinem oberen Ende zeigte der Oesophagus ein gelblich grünes Aussehen. Oberhalb dieser Verfärbung fand sich starke Schwellung, welche an den Tonsillen, der Epiglottis und auf beiden Seiten der Stimmritze sehr intensiv war. Graue Flecke diphtherischer Natur bedeckten den Rachen. Die Trachea war deutlich, der Rest des Larynx mässig geschwollen.

Mc. BRIDE.

15) **S. Sherwell. Einige neue Nasen-, Rachen- und Kehlkopfinstrumente. (Some new nasal, pharyngeal and laryngeal instruments.** *New-York Medical Record. 16. April 1887.*

Das erste dieser Instrumente, eine Nasenscheere, bezweckt die Entfernung von Neoplasmen oder von hypertrophischem Gewebe aus den vorderen, mittleren oder selbst den tieferen Nasenpartien. Sie besteht aus einem Paar gezähnter Blätter, welche der Alligator-Zahnscheere ähnlich und mit Handgriffen versehen sind, die abwärts in der Längsrichtung der Axe gebogen sind, so dass sie beim Operiren nicht das Gesichtsfeld versperren.

Das zweite Instrument ist eine absolut abgestumpfte Scheere, deren Blätter ungefähr in der Distanz eines Drittels Entfernung vom äussersten Ende mit einander articuliren. Sie ist so zusammengesetzt, dass sie aus vier Blättern zu bestehen scheint, während thatsächlich nur zwei vorhanden sind. Sie dient zu Operationen im Pharynx und ermöglicht es, kleine warzenähnliche Hervorragungen der zerfressenen, unebenen Tonsille zu entfernen, Stückchen, die man, nach ihrem Umfang und ihrer Gestalt, unmöglich mit dem Tonsillotom entfernen kann. Das Instrument ist auch ein zweckmässiges Uvulotom.

Das dritte Instrument — ebenfalls eine Scheere — ist einer der Schrötter'schen Sonden und Griffe angepasst und ist zusammengesetzt wesentlich nach der in dem Vorhergehenden angegebenen Idee der vierblätterigen Scheere, natürlich an Umfang verkleinert und mit einem verschiedenen Lumen. Dies Instrument wird geschlossen in den Larynx eingeführt und entfaltet sich durch automatisches Aufspringen, wenn man auf den am Fingerstück befestigten Draht drückt. Beim Nachlassen des Druckes kehrt es automatisch in eine in die Sonde eingelassene Rinne zurück.

LEFFERTS.

16) **T. A. de Blois. Ein laryngologisches Vademecum. (A laryngological handbag.)** *New-York Medical Journal. 21. Mai 1887.*

Das Besteck besteht aus einer ledernen Tasche mittlerer Grösse, welche jedoch ein Drittel tiefer als gewöhnliche chirurgische Handtaschen ist. An dem einen Ende der Tasche ist eine Oeffnung nahe dem Boden, welche durch eine dicht schliessende Klappe geschlossen werden kann. Diese Oeffnung stellt das Ende eines Luftcondensators mit zwei Hähnen und einem Druckmaass dar. In die Tasche kann eine kleine Pumpe gelegt werden, durch welche Luft in den Condensator getrieben werden kann. Die Tasche ist geräumig genug, um alle gewöhnlich gebrauchten Artikel aufzunehmen. Das Gewicht wird durch das Hinzuthun eines Condensators nicht wesentlich erhöht und der ganze Apparat ist nicht zu schwer, so dass er beim Gehen leicht in der Hand gehalten werden kann.

LEFFERTS.

17) **Krause. Instrumente nach Dr. Krause.** *Monatsschr. für Ohrenheilkunde etc. No. 3. 1887.*

1) Fixirbarer Gaumenhaken, durch Gegendruck mittelst einer Gummipelotte gegen die Oberlippe fixirt.

2) Gekrümmter, am vorderen Ende stark verdünnter und federnder Trocart zur Eröffnung der Kieferhöhle.

3) Trocart à double courant zu demselben Zweck.

4) Nasensäge in verschiedener Dicke.

Zu beziehen durch H. Pfau, Berlin NW., Dorotheenstr. 67. SCHECH.

18) **Seifert. Ueber das Auer'sche Gas-Glühlicht.** *Sitzungsber. der Würzb. physik.-med. Gesellsch. 1887.*

Verf. empfiehlt, nachdem sich die Albocarbonlampe nicht besonders bewährt hat, das Auer'sche Gasglühlicht, das aus einem dochtartigen zarten Baumwollengewebe besteht, welches mit einer Zusammenstellung von Nitraten des Cer, Yttrium, Didym etc. und anderen Erden imprägnirt ist. Ein Vortheil dieses Lichtes ist, dass es die natürliche Farbe der Schleimhäute unverändert zur Anschauung bringt. SCHECH.

19) **Baratoux (Paris). Die Beleuchtung bei der Laryngoscopie und Otoscopie. (De l'éclairage en laryngoscopie et otoscopie.)** *La pratique méd. 15. März 1887.*

Verf. empfiehlt besonders den Auer'schen Brenner. E. J. MOURE.

20) **Dittel (Wien). Ueber einige von J. Leiter neu construirte electroendoscopische Instrumente und Apparate.** Sitzung der Gesellsch. der Aerzte in Wien vom 11. März 1887. *Anzeiger vom 31. März.*

Die Apparate für Beleuchtung des Kehlkopfes, der Nase und des Magens unterscheiden sich von den früher von Leiter construirten durch Anwendung eines Glühlämpchens und das Fehlen der Wasserleitung und sind sehr sorgfältig gearbeitet. CHIARI.

21) **E. Landmann (Duisburg). Eine neue galvanocaustische Batterie.** *Deutsche Medicinalzeitg. No. 7. 1887.*

Die Verbesserungen bestehen darin, dass die Batterie auf Rollen steht und so wie ein Tisch geschoben werden kann; auch die Hebevorrichtung für die Säure ist durch eine einfache Handbewegung, Drehung an einer Kurbel, sehr vereinfacht. Preis: 180 Mark. Lieferant: Mechaniker Dresler, Duisburg a. Rhein.

SCHECH.

22) **Geo. W. Major. Eine verbesserte Zugschlinge. (An improved traction snare.)** *Canada Med. and Surg. Journ. Jan. 1887.*

Das Instrument ist eine Krause'sche Schlinge, modificirt durch die Hinzufügung verschiedener neuer Bestandtheile, durch welche die Fingerzugschlinge in ein combinirtes Instrument verwandelt wird, das zur Traction wie als Ecraseur oder zu beiden Zwecken vereinigt ohne Schädigung der Function gebraucht werden kann.

In demselben Artikel wird eine Nasengabel oder Abschaber abgebildet: eine zweckmässige Form eines Instruments zum Bloslegen der knöchernen oder knorpeligen Nasenfläche. LEFFERTS.

23) **D. H. Goodwillie. Ein einfacher und wirksamer Insufflator. (A simple and efficient insufflator.)** *New-York Med. Journal. 7. Mai 1887.*

Das Instrument besteht aus einem weichen Gummiball, welcher an dem Ende, auf welchem er steht, sobald er nicht gebraucht wird, abgeflacht ist. In das andere Ende ist eine Röhre mit angemessenem Endstück für Einführung in die Nase eingefügt. Das untere Ende derselben geht bis zur Mitte des Balles. In der Röhre ist ein Kugelventil enthalten, welches zwei Zwecken dient. Erstens verhütet es, dass das zu verwendende Pulver en masse austritt. Sobald der Ball zusammengedrückt wird, erhebt sich das Kugelventil gegen die Spitze des Pulverbehälters und ruht auf vielen hervorragenden Punkten. Das Pulver bestreicht das Ventil, geht rings um dasselbe und nimmt seinen Ausgang durch zahlreiche Oeffnungen an der Spitze des Pulverbehälters. 2) Wenn der Ball in Ruhe ist und auf seinem flachen Ende steht, so verschliesst das Ventil die Oeffnung gegen das Pulver und verhütet das Eintreten von Luft oder Feuchtigkeit.

LEFFERTS.

b. Nase und Nasenrachenraum.

24) **Chabrely** (Roulcaux). **Encephalocele fronto-nasalis; Operation; Section. (Encephalocèle fronto-nasale. Opération, Autopsie.)** *Soc. anat. et phys. de Bordeaux* und *Journ. de méd. 5. Juni 1887.*

Verfasser berichtet ausführlich den Befund bei einem Falle dieser Missbildung und zeigt die pathologischen Präparate vor. Eine Zeichnung erläutert den interessanten Fall.

E. J. MOURE.

25) **O. Minkowski** (Königsberg). **Ueber einen Fall von Akromegalie.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 21. S. 371. 1887.*

Des Falles von Akromegalie, i. e. im späteren Lebensalter erworbene Hypertrophie der Enden der Extremitäten und des Kopfes, geschieht hier Erwähnung, weil die Nasenspitze und das Nasenseptum, wie die beigegebene Abbildung zeigt, in auffallender Weise vergrössert und verbreitert waren. Die Schilddrüse war atrophisch; die Hypophysis cerebri vergrössert.

B. FRAENKEL.

26) **Watson Smith** (Manchester). **Bemerkung über eine reflectorische Wirkung der Nervi olfactorii auf die Gaumen- und Magennerven. (Note on a reflectory action of the olfactory nerves upon the nerves of palate and stomach.** *Manchester Medical Chronicle. März 1887.*

S. will nachweisen, dass unangenehme Arzneien etc. besser im Magen zurückgehalten werden, wenn man gleichzeitig mit der Verabreichung ein gutes Parfum aufriechen lässt. Er führt ein Beispiel (Darreichung von Ipecacuanha) an, in welchem er dieses erprobt hat.

A. E. GARROD.

27) Pitres (Bordeaux). **Anästhesie der Schleimhäute; Anästhesie des Geschmacks und Geruchs. (Anesthésie des membranes muqueuses; anesthésies du goût et de l'odorat.)** Vorlesung, aufgezeichnet von Davezac. *Journ. de méd. de Bord. 8. u. 15. Mai 1887.*

Der Professor bespricht die Anästhesieen dieser Schleimhäute, indem er die These von Lichtwitz über diesen Gegenstand resümirt, die übrigens von ihm inspirirt ist. E. J. MOURE.

28) Chatellier. **Perforirende Canälchen der Basalmembran der hypertrophischen Nasenschleimhaut. (Canalicules perforants de la membrane basale de la muqueuse nasale hypertrophique.)** *Ann. des mal de l'or. etc. No. 6. Juni 1887.*

In der hypertrophischen Nasenschleimhaut sieht man auf der Basalmembran Kanälchen, welche dieselbe perpendiculär durchlaufen. Ihr äusseres Ende öffnet sich trichterförmig unter der Epithelbekleidung. Unter der Basalmembran treten die Kanälchen in direkte Beziehung zu den erweiterten Lymphcapillaren. Diese Kanäle dienen zum Durchtritt für die Leucocyten und erklären die Hypersecretion des Schleims, welchen die Nasendrüsen allein nicht ganz und gar liefern können, wenn die Absonderung sehr abundant ist. E. J. MOURE.

29) J. F. Barter (Nagpur). **Ein Fall von rhinoplastischer Operation. (A case of rhinoplastic operation.)** *Indian Med. Gazette. Febr. 1887.*

Ein ziemlich erfolgreicher Fall, in dem der ganze Nasenknorpel und ein beträchtliches Stück der Nasenbeine durch Syphilis verloren gegangen waren. Der Lappen wurde der Stirn entnommen. Der Mann verliess das Krankenhaus zu schnell und vernachlässigte die Nachbehandlung, so dass eine zweite Operation zur Wiedereröffnung der Nasenlöcher, welche sich verschlossen hatten, nothwendig wurde. Es wurden zum zweiten Male Zapfen eingeführt und der Patient verliess das Krankenhaus mit einer sehr gut aussehenden und zweckmässigen Nase. A. E. GARROD.

30) Luc (Paris). **Klinische Mittheilungen bezüglich der Schleimpolypen der Nasenhöhle. (Faits cliniques relatifs aux polypes muqueux des fosses nasales.)** *Union méd. No. 20. 12. Febr. 1887.*

Von 19 Patienten, welche L. zu behandeln hatte, war der jüngste 18, der älteste 69 Jahre alt. Zwei Mal sassen die Polypen an der Scheidewand, welche bei einem Patienten, wie L. meint, durch den Reiz der Fingernägel perforirt war (ein bereits von Schmiegelow 1886 beschriebener Vorgang). Um Recidive zu vermeiden, empfiehlt er auch die Galvanocaustik. E. J. MOURE.

31) Alexander Harkin (Belfast). **Die Behandlung der Epistaxis durch Gegenreiz auf der Lebergegend. (The treatment of epistaxis by counter irritation over the hepatic region.)** *Lancet. 7. Mai 1887.*

H. rühmt sehr die Wirksamkeit eines Vesicators auf die Lebergegend zur Stillung der Epistaxis, ein Verfahren, welches er seit vielen Jahren geübt habe. Er erwähnt einen einschlägigen Fall, der kürzlich in seiner Praxis vorkam, und in dem diese Behandlung sehr erfolgreich war. A. E. GARROD.

32) **Routier** (Paris). **Sarcom der Nasenhöhle, Abtragung, consecutive Ozaena. (Sarcome des fosses nasales, ablation, ozène consécutif.)** *Revue de chir. No. 1. Jan. 1887.*

Es handelt sich um einen 24jährigen jungen Mann, welcher einen Tumor der Nasenhöhle hatte, der spontane Anfälle von Epistaxis verursachte. Cauterisation mit Chlorzink brachte keinen Nutzen. R. incidirte das Gaumensegel und versuchte den Tumor mit der Volkmann'schen Curette abzulösen. Die Hämorrhagie wurde durch Tampons gestillt. Das Mikroskop deckte die sarcomatöse Natur des Tumors auf; der Kranke genas und hatte keine Spur eines Recidivs.

Sollte es nicht zweckmässiger gewesen sein, vom Gesicht aus, nach Ablösung der Nase, zu operiren? E. J. MOURE.

33) **C. Leoumeau** (Bordeaux). **Tumor der Nasenhöhlen. (Tumeur des fosses nasales.)** *Soc. de méd. et chir. de Bordeaux. 1. April; Journ. de méd. de Bordeaux. 24. April 1887.*

L. stellt der Gesellschaft einen Patienten von 70 Jahren vor, Pferdehändler, welcher zuerst im October 1886 Stockschnupfen und erhebliche Beschwerden bei der Athmung durch die Nase hatte. Im Verlauf von zwei Monaten waren beide Nasenhöhlen undurchgängig. Spontane Epistaxis, Schmerz in der Augenhöhle und Stirn.

Allgemeinbefinden vorzüglich; Nase voluminös, mit Tumormasse erfüllt; eitrige Entzündung des Thränensacks; Nasenrachenraum frei; Highmorshöhle anscheinend ebenfalls. Drüsenschwellungen beiderseits unter dem Unterkiefer.

Das rapide Wachsthum des Tumors, die Blutungen, die Schmerzen, welche er verursachte, brachten Leoumeau zur Diagnose eines primären malignen Tumors der Nasenhöhlen („sarcome embryonnaire"), ausgehend von der Nasenscheidewand.

Boursier schliesst sich dieser Diagnose an und glaubt, dass eine radicale Operation indicirt sei. Denn er hatte selbst einen Fall, wo nach der Exstirpation kein Recidiv folgte.

Referent meint auch, dass ein Recidiv selten eintrete, wenn die Operation vollständig und frühzeitig genug ausgeführt werde. Der Ausgangspunkt schien ihm schwer festzustellen. Fälle dieser Art seien selten.

Armaignac glaubt, dass es nach der Operation nothwendig sei, die Thränenwege wieder herzustellen. E. J. MOURE.

34) **Gussenbauer** (Prag). **Demonstration eines 56jährigen Mannes, bei dem er wegen Carcinoms im Gesicht die rechte Nasenhälfte, die vordere Wand des rechten Oberkiefers sammt der unteren Orbitalwand und dem Inhalte der Orbita, sowie die ganzen Weichtheile der Wange und das Jochbein entfernt hatte. Die nachfolgenden Plastiken zur Deckung des Substanzverlustes wurden innerhalb 7 Monate ausgeführt.** Sitzung des Vereins deutscher Aerzte in Prag vom 18. Febr. 1887. *Prager med. Wochenschr. No. 8. 1887.*

Der Titel giebt den Inhalt wieder. CHIARI.

35) **Berenger-Féraud. Beitrag zum Studium der Fremdkörper des Gesichts. (Contribution à l'étude des corps étrangers de la face.)** *Bullet. génér. de thérap. 30. Juni 1887.*

Verfasser berichtet in einem Artikel über diesen Gegenstand Fälle von Fremdkörpern, welche sich kürzere oder längere Zeit in den Nasenhöhlen aufgehalten haben. Die meisten derselben sind den Berichten der Militärmedicin entnommen. E. J. MOURE.

36) **R. A. Reeve. Entzündung des Sinus frontalis. (Inflammation of the frontal sinus.)** *The Canadian Practitioner. Mai 1887.*

Eine allgemeine Besprechung des Gegenstandes mit Betonung der Differentialdiagnose. Die empfohlene Behandlung kann kurz dahin zusammengefasst werden: Entleerung, Drainage und nachfolgende typische Behandlung. LEFFERTS.

37) **Verneuil** (Paris). **Tumor à myeloplaxes des Sinus maxillaris und des Gaumengewölbes. (Tumeur à myéloplaxes du sinus maxillaire et de la voûte palatine.)** *Gaz. des hôp. 7. April 1887.*

V. spricht in einer klinischen Vorlesung von einem Kranken, der seit 4 Jahren an einem Tumor des Oberkiefers litt. Er setzt auseinander, wie er die Operation ausführen will durch Eröffnung des Sinus mit Schonung des Gaumengewölbes. E. J. MOURE.

38) **John North. Chronischer Nasenrachencatarrh als Ursache der Neurasthenie. (Chronic naso-pharyngeal catarrh as a cause of neurasthenia.)** *The Medical Register. Philad. 14. Mai 1887.*

Der Autor behauptet nicht, dass in jedem Fall von Neurasthenie chronischer Nasenrachencatarrh vorhanden ist, aber er hat niemals einen Fall untersucht, wo er nicht einen solchen oder eine andere Erkrankung der oberen Luftwege fand. Im Anschluss an diese, in der That etwas radicale Angabe geht er nun daran, den anatomischen und physiologischen Zusammenhang zwischen dem Nasenrachenraum, dem Gehirn und anderen Organen zu untersuchen, um zu beweisen — er thut dies zu seiner eigenen Genugthuung (indem er am Schluss Fälle citirt, von denen er glaubt, dass sie die Wahrheit seiner Theorie beweisen) — dass eine chronische Entzündung der Nase und des Pharynx Symptome hervorrufen könne, von denen man gewöhnlich glaubt, dass sie der Neurasthenie zukommen. LEFFERTS.

39) **Van Walsem. Ueber die Bursa pharyngea. (Over de bursa pharyngea.)** *Weekblad van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 9. 1887.*

Literarisches Resumé des Gegenstandes mit besonderer Berücksichtigung der Schwabach'schen Mittheilungen im Archiv für mikroskopische Anatomie 1887. BAYER.

40) **Calmettes. Operation adenoider Vegetationen. (Opération des végétations adénoides.)** *Gaz. méd. de Paris. 4. Juni 1887.*

C. empfiehlt, vor der Operation eine Cautschukröhre durch eine der Nasenhöhlen einzuführen, so dass das andere Ende in den Mund gelangt. Wenn man

die beiden Enden vor den Eckzähnen vereinigt, so kann mau das Gaumensegel erheben und die Operation dadurch sehr erleichtern. E. J. MOURE.

41) **Baratoux. Adenoide Vegetationen. (Des végétations adénoïdes.)** *La prat. méd. 10. Mai 1887.*

Resumé für practische Aerzte bestimmt. E. J. MOURE.

42) **Noquet. Besprechung der adenoiden Tumoren des Nasenrachenraums. (Considérations sur les tumeurs adenoïdes du pharynx nasal.)** *Bullet. méd. du Nord. No. 3. März 1887.*

Schluss eines in der Septembernummer desselben Journals veröffentlichten Artikels. Der Autor begleitet seine Arbeit mit zahlreichen Literaturangaben.

E. J. MOURE.

43) **B. W. Richardson** (London). **Epileptiforme Anfälle in Folge von postnasalen Polypen. (Epileptiform seizures from post-nasal polypus.)** *The Asclepiad. Jan. 1887.*

Eine 34 Jahre alte Dame, von kräftiger Gesundheit, litt an epileptischen Anfällen. Die Ursache des Anfalls schien ihr hinten im Hals zu sitzen und der Anfall trat damit ein, dass ihr „etwas in den Kehlkopf. drang". Die Anfälle erfolgten zuweilen beim Singen. Bei der Untersuchung fand man einen Polypen hinten in der Nase. Er wurde mit einer Zange entfernt und erwies sich als eine gelatinöse Masse von der Grösse einer Wallnuss. Es trat kein Recidiv des Tumors ein und die Anfälle hörten sofort nach der Entfernung desselben auf.

A. E. GARROD.

44) **Gourraud. 1. Kleines Papillom des Nasenrachenraums. 2. Adenoider Tumor des Pharynx. (1. Petit papillome du pharynx nasal. 2. Tumeur adénoïde du pharynx.)** *Soc. méd. de Nantes. 3. Juni* in *Gaz. méd. de Nantes. 9. Juni 1887.*

Der Autor zeigt die beiden Tumoren, ohne etwas Neues in dieser Hinsicht zu sagen. E. J. MOURE.

45) **K. Mc Leod** (Calcutta). **Nasenrachenpolyp. (Nasopharyngeal polypus.)** *Indian Med. Gaz. Juni 1887.*

Entfernung der Tumors mit dem Ketteneoraseur. Der Patient war ein 32jährigen Mann. A. E. GARROD.

46) **W. B. Platt. Entfernung eines Tumors aus dem Nasenrachenraum. (A tumor from the naso-pharynx.)** *Maryland Med. Journ. 25. Juni 1887.*

Bericht über einen Fall, in dem der Tumor nach Spaltung des Gaumens der Länge nach mittelst der kalten Drahtschlinge entfernt wurde.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

47) **A. B. Farnham. Eine schneidende Nasenzange und blutlose Nasenoperation. (A nasal cutting-forceps and bloodless nasal operating.)** *New-York Med. Journ 21. Mai 1887.*

F. bedient sich schneidender Zangen von verschiedener Grösse. Betreffs der Hämorrhagie meint er, dass wenn man die Tumoren der Nasenscheidewand

oder die zu entfernenden Gewebe der Nasenmuscheln zuerst mit Chromsäure oder einer anderen Säure und nachher, zur grösseren Vorsicht, mit dem Galvanocauter behandele, man nachher die eigentliche Operation ohne Blutung ausführen könne. Wenn es nicht angängig ist, die ganze Fläche zu behandeln, so soll man die sich darbietenden Partien touchiren. Man gewinnt dann ein besseres Gesichtsfeld, selbst wenn eine leichte Hämorrhagie auftreten sollte. LEFFERTS.

48) **H. Holbrook Curtis. Der Nasentrepanbohrer und seine Vortheile nebst einer Besprechung der Batterien und electrischen Apparate für die Nasenchirurgie, mit praktischen Demonstrationen. (The nasal trephine and its advantages with a consideration of batteries and electrical apparatus used in nasal surgery, with practical demonstrations.)** *New-York Med. Journ. 28. Mai 1887.*

Für die Deviationen des Nasenseptums hat Verfasser eine Combination der Nasensäge mit drehbaren Messern und Bohrern adoptirt. Als treibende Kraft dient ein passender Elektromotor und eine Batterie. Er behauptet, ein Instrument construirt zu haben, welches sehr zufriedenstellende Resultate liefert und nimmt für den „Nasentrepan" folgende Vortheile in Anspruch:

1) Grössere Schnelligkeit als bei irgend einer anderen Methode. 2) Die Gewebe in der Peripherie der Deviation werden nicht zerrissen. 3) Es wird eine saubere Oeffnung gemacht und der Operateur wird durch Blutungen nicht belästigt. 4) Auch wenn die Stellung der hinteren Fläche eines gekrümmten Septums nicht sichtbar ist, so kann man einen Explorationskanal anlegen. 5) Ein grosser Theil des Nervenshocks beim Sägen fällt fort. 6) Der Knochen kann mit einem geringeren Kraftaufwand und mit grösserer Accuratesse als bei irgend einer anderen der jetzt existirenden Methoden entfernt werden. LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

49) **N. R. Gordon. Mundathmung und deren Behandlung. (Mouth breathing and its treatment.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 23. April 1887.*

Nach Besprechung der intranasalen Processe, welche eine Störung des Respirationsstroms verursachen und zur Mundathmung Anlass geben können und nach Angabe der chirurgischen Massregeln zu deren Heilung, empfiehlt der Autor zur Besserung der Mundathmung im Schlaf, dass der Patient während des Nachts einen Celluloidapparat tragen solle, welcher zwischen Zähnen und Lippen ohne Bandage oder sonstige Befestigung gut passt. (Ein Holzschnitt giebt eine Idee von dem Instrument.) LEFFERTS.

50) **Frank H. Gardiner. Foetor ex ore. (Bad breath.) Dental Review.** *New-York Med. Record. 14. Mai 1887.*

Der Autor meint, dass im Munde sich zersetzende Partikel, soweit sie sich im Pharynxgewölbe hinten befinden, die ausgeathmete Luft sehr wenig, wenn überhaupt verschlechtern. Mundathmer haben einen übelriechenden Athem, wenn die Mandeln geschwollen sind, oder wenn käsige Massen in den Lacunen der Mandeln sich befinden. Gewisse Magenstörungen verschlechtern den Athem nur, wenn Gase durch den Mund ausgestossen werden. Die Hauptursache des schlech-

ten Athems ist Zersetzung im Darmkanal, Verhalten von Fäcalmassen im Colon transversum und descendens und die Aufnahme der Gase in die Circulation, wobei sie schliesslich durch die Lungen ausgeathmet werden (? Red.). Auch Nasen-, Pharynx-, Larynx- oder Bronchialcatarrh erzeugt schlechten Athem. Medikamente oder Nahrungsmittel, welche unterhalb des Oesophagus chemischen Veränderungen unterliegen, geben bei rapider Absorption durch die Magenwände oder unmittelbar unterhalb derselben dem Athem den charakteristischen Geruch. LEFFERTS.

51) **Atkinson** (Maryland). **Rötheln. (Rubella.)** *International Journal of the Med. Sciences. Jan. 1887.*

Angina ist nach Atkinson ein gewöhnliches Symptom der Rötheln; er glaubt indessen, dass die Halsinfection nichts Pathognomisches an sich hat. Sie ist selten schwer und die Röthe kann diffus oder fleckig sein. Häufiger ist das erstere der Fall. MC BRIDE.

52) **Lancereaux** (Paris). **Die digestiven Störungen der Urämie. (Les troubles digestifs de l'urémie.)** *Union méd. 1. März 1887.*

In einer von seinem Assistenten Besançon mitgetheilten Vorlesung ererklärt L., dass er Fälle von buccaler und pharyngealer Urämie bei Morbus Brightii beobachtet habe. Der besondere Charakter dieser Affection bestand in der Existenz von dichten Schleimmassen, die eine gewisse Aehnlichkeit mit den Secreten der folliculären Tonsillitis hatten. E. J. MOURE.

53) **W. Anderson** (Newfoundland). **Krebs der Lippe. (Cancer of the lip.)** *Glasgow Med. Journ. März 1887.*

Verschiedene Fälle ausgedehnter Erkrankung, glücklich operirt.

MC BRIDE.

54) **W. C. Cook. Noma. Zwei seltene Fälle. (Cancrum oris. Two rare cases.)** *Nashville Medical News. 15. Juni 1887.*

Beide Fälle betrafen Kinder in derselben Familie in Folge von Masern. Beide endeten in ca. 3 Wochen tödtlich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

55) **Sevestre. Behandlung der ulcerös membranösen Stomatitis. (Traitement de la stomatite ulcéro-membraneuse.)** *Journ. de méd. et chir. prat. Juni 1887.*

S. empfiehlt Waschungen mit Borwasser, sodann Jodoform. E. J. MOURE.

56) **Leloir. Untersuchungen über die Natur und die pathologische Anatomie der Leukoplakia buccalis (Psoriasis buccalis). (Recherches sur la nature et l'anatomie pathologique de la leucoplasie buccale [Psoriasis buccal].)** *Académie des sc. Juni 1887.*

Aus seinen Untersuchungen schliesst L., dass das Epitheliom häufig die Folge der Leucoplasie sei. Er glaubt, dass die Salicylsäure zur Behandlung der Localaffection angezeigt sei. E. J. MOURE.

57) **G. Marchant** (Paris). **Notiz über die Dermoidcysten des Mundbodens. (Note sur les kystes dermoïdes du plancher buccal.)** *Progrès méd. No. 23, 24 u. 25. Juni 1887.*

Zu dieser Arbeit wurde Verf. durch zwei Beobachtungen veranlasst. Diese Cysten nehmen gewöhnlich den Boden des Mundes ein zwischen der Sehne des Geniohyoideus und der fächerartigen Ausbreitung des Genioglossus, rechts und links und unterhalb des Gürtels, welcher von den Musculi mylohyoidei gebildet wird. Die Tumoren liegen gewöhnlich in der Mittellinie und erlangen gegen das 23. Lebensjahr ihre vollständige Entwicklung. Sie rufen das Aussehen eines Doppelkinns hervor. Bei der Diagnose ist an die Ranula, die serösen Cysten des Bodens, die Lipome und die erectilen Tumoren zu denken. Die Behandlung besteht in der Exstirpation der Cyste vom Mund aus oder oberhalb des Zungenbeins. E. J. MOURE.

58) **Heurtaux** (Nantes). **Epithelialtumor des Bodens der Mundhöhle. (Tumeur épithéliale du plancher de la bouche.)** *Soc. méd. de Nantes. 25. Mai in Gaz. méd. de Nantes. 9. Juni 1887.*

Der Patient war ein starker Raucher. Die Operation wurde ausgeführt, indem man den mittleren Theil des Unterkiefers wegnahm. E. J. MOURE.

59) **Poncet. Epitheliom des Bodens der Mundhöhle. (Epithélioma du plancher de la bouche)** *Soc. des sc. méd. de Lyon. 11. Mai 1887.*

P. stellt einen Mann von 45 Jahren vor, der operirt und geheilt ist. Er hatte ein grosses Stück des Unterkiefers weggenommen. Der Kranke war im September 1885 operirt worden. E. J. MOURE.

60) **Poisson. Epitheliom des Bodens des Mundes, der Lippe und der Wange. (Epithélioma du plancher de la bouche, de la lèvre et de la joue.)** *Soc. anatom. de Nantes. 12. Jan. et Gaz. méd. de Nantes. 3. Febr. 1887.*

P. zeigt Präparate von 3 Epitheliomen vor, die er bei verschiedenen Personen entfernt hatte und welche die im Titel dieser Mittheilung bezeichneten Organe befallen hatten. E. J. MOURE.

61) **Collis Barry** (Durham). **Ein Stein der Submaxillardrüse. (Submaxillary calculus.)** *Lancet. 19. Febr. 1887.*

Stein in der rechten Submaxillardrüse eines 66 jährigen Mannes. Beim Druck von aussen wurden einige Tropfen purulenter Flüssigkeit aus dem Wharton'schen Gang ausgepresst. Der ganze oberhalb des Mylohyoideus gelegene Theil der Drüse wurde entfernt.

Der Stein war ein Phosphatstein und war ca. 3 : $1^1/_2$ cm gross. Er konnte nicht auf die gewöhnliche Weise durch Incision der Schleimhaut entfernt werden, weil er zu entfernt von der Schleimhautoberfläche gelegen war.

Die Schwellung der Submaxillardrüse hatte grosse Schlingbeschwerden verursacht und schiessende Schmerzen hervorgerufen. A. E. GARROD.

62) **Mollière. Speichelstein. (Calcul salivaire.)** *Soc. méd. de Lyon. Jan. 1887 in Lyon méd. 13. März 1887.*

M. zeigt einen Stein vor, welcher von einem 17jährigen Mädchen herstammte. E. J. MOURE.

63) **Middleton** (Glasgow). **Speichelstein. (Salivary calculus.)** *Glasgow Medical Journal. Febr. 1887.*

Ein Speichelstein, welcher spontan eliminirt worden war, wurde in einer Sitzung der Glasgow Clinical and Pathological Society vorgezeigt. M'BRIDE.

64) **Buchanan** (Glasgow). **Speichelfistel, durch Galvanocaustik geheilt. (Salivary fistula cured by the galvanocautery.)** *Glasgow Med. Journ. Febr. 1887.*

Der Titel besagt den ganzen Inhalt. M'BRIDE.

65) **Wright. Fremdkörper im Ductus Stenonianus. (Foreign body in Stenon's duct.)** *New-York Medical Journ. 26. März 1887.*

Vor drei Monaten fühlte der Patient beim Essen einer echten Kastanie, dass ihn etwas an der Innenseite seiner linken Backe stach; als er den Fremdkörper mit seiner Zunge zu entfernen versuchte, drang derselbe allmälig in die Gewebe ein. Nach drei Tagen war die Parotis geschwollen und schmerzhaft; es entleerte sich seitdem continuirlich Eiter aus dem Orificium des Stenon'schen Ganges. Er glaubte, dass ein lebender Wurm sich in seiner Wange festgesetzt habe

Eine Sonde ging leicht durch den ganzen Gang. traf jedoch keinen Fremdkörper an. Der Eingang des Ductus wurde breit incidirt und eine kleine Menge schwarzen. sandigen Materials aus seinen Wandungen mit dem scharfen Löffel entfernt. Einige Tage später trat eine acute Entzündung der Parotis auf, es bildete sich ein Abscess, der nach aussen geöffnet wurde. Der Eiter enthielt ein Sück einer Kastanie, neben einem fetzigen Stück necrotischen Gewebes, welches die Landleute für den Körper eines todten Tausendfüsslers hielten. So wurde es auch in den Localblättern berichtet. Patient machte eine ungestörte Reconvalescenz durch. LEFFERTS.

66) **K. Mc Leod. Sarcom des harten Gaumens. (Sarcoma of the hard palate.)** *Indian Med. Gaz. Juni 1887.*

Der Tumor, ein kleines Rundzellensarcom des harten Gaumens, hatte die Alveolarfortsätze beider Oberkiefer bis zu den vorderen Backzähnen ergriffen. Er war 5 Monate lang gewachsen, sehr gefässreich und blutete stark.

Die Oberlippe wurde in der Mittellinie gespalten, die Weichtheile von der Oberfläche des Tumors abgelöst und der weiche Gaumen horizontal durchschnitten. Das knorpelige Septum wurde gespalten und die mittleren Partien des Oberkiefers mit dem Tumor mittelst der Knochenzange entfernt. Die Patientin, eine Hindufrau von 35 Jahren, starb 6 Stunden später an Shock. A. E. GARROD.

67) **A. Ruault. Beitrag zum Studium der Mandelhypertrophie. (Contribution à l'étude des hypertrophies amygdaliennes.)** *Union méd. p. 813. 26. Mai 1887.*

R. unterscheidet zwei Formen: eine hypertrophische harte oder fibröse,

welche sich oft bei Kindern mit arthritischer Diathese findet, und eine weiche oder adenoide, häufig bei lymphatischen Kindern.

Zur Behandlung rühmt Verf. das Glüheisen und den Galvanocauter.

E. J. MOURE.

68) Gaudechau (Nantes). **Syphilitischer Schanker der Tonsille. (Chancre syphilitique de l'amygdale.)** *Soc. méd. de Nantes. 3. Juni* und *Gaz. méd. de Nantes. 9. Juni 1887.*

Der Patient war ein Böttcher von 26 Jahren. Das Auftreten von Secundärerscheinungen bestärkte den Autor in seiner zuerst schwankenden Diagnose. Der Schanker nahm die rechte Mandel ein. In der Discussion betonte man die Schwierigkeit der Diagnose.

E. J. MOURE.

d. Diphtheritis und Croup.

69) Teissier. **Aetiologie der Diphtherie. Uebertragung durch den atmosphärischen Staub. Einfluss der Misthaufen, der Depots von Lumpen oder Stroh. Rolle des vorher inficirten Geflügels. (Etiologie de la diphthérie. Transmission par les poussières atmosphériques. Influence des fumiers, des dépots de chiffons ou de la paille. Rôle de la volaille préalablement infectée.)** *France méd. 18. Juni 1887.*

Der Titel sagt an, worum es sich handelt.

E. J. MOURE.

70) H. B. Baker. **Praktische Resultate bei Beschränkung der Diphtherie. (Practical results in restricting diphtheria.)** *Philadelphia Medic. News. 28. Mai 1887.*

Der Autor veröffentlicht als Stütze für die Contagiosität der Diphtherie und die Wirksamkeit ihrer Beschränkung eine Tabelle und ein Schema, fussend auf einer Zusammenstellung von Berichten der Localgesundheitsbeamten in Michigan für das Jahr 1886, in welchen die Resultate der Isolation und Desinfection beim Ausbruch von Diphtherie dargestellt werden.

Bei 102 Ausbrüchen wurden Isolation oder Desinfection oder Beides vernachlässigt, wobei im Durchschnitt auf jeden Ausbruch etwas über 16 Fälle mit durchschnittlich 3,23 Todesfällen kamen. In 116 Ausbrüchen hingegen, wo Isolation und Desinfection erzwungen wurden, kamen auf jeden Ausbruch 2,86 Fälle mit durchschnittlich 0,66 Todesfällen, was ein Minus von 13 Fällen und 2,57 Todesfällen, und zwar für jeden Ausbruch, oder von 1545 Fällen mit 298 Todesfällen bei Isolirung und Desinfection in 116 Ausbrüchen ergiebt, gegenüber denjenigen, wo wenig oder nichts geschah.

LEFFERTS.

71) Dumas. **Giebt es während der Incubation des Croup keine prophylaktische Medication? (Pendant l'incubation du croup n'existe-t-il pas de médication préventive?)** *Bullet. génér. de thérap. 30. Jan. 1887.*

D. empfiehlt Jodtinctur in kleinen Dosen (höchstens 8 Tropfen) im Getränk.

E. J. MOURE.

72) **L. Elliott. Prophylaxe der Diphtherie. (The prophylaxis of diphtheria.)** *The Medical Register Philad. 14. Mai 1887.*

Es wird im Krankenzimmer ein Teller mit Terpentinöl auf den Ofen gestellt über einem Wasserbad, dessen Dämpfe die umgebende Luft sättigen.

LEFFERTS.

73) **Vict. Odeut. Pseudomembranöse Anginen im Verlauf der Diphtherie. (Des angines pseudomembraneuses au cours de la diphthérie.)** *Thèse de Paris. No. 100. 1887.*

O. erinnert daran, dass erst nach dem Verschwinden des Exanthems (? Red.) das membranöse Exsudat erscheint. Die verfrühte Form sei die schwerste. Die Behandlung ist die der Diphtherie, und Verf. empfiehlt besonders Chinin. sulf., welches er zu subcutanen Injectionen angewendet hat. 14 eigene Beobachtungen beschliessen diese Arbeit. E. J. MOURE.

74) **C. G. Slagle. Bericht über einen Fall von croupöser Diphtherie des Larynx und der Trachea, welcher in seinem Verlauf ungewöhnliche Züge darbot. (Report of a case of laryngo-tracheal croupous-diphtheria presenting unusual features in its development.)** *Northwestern Lancet. 15. März 1887.*

Ein Fall von primärer Larynxdiphtherie. Dem ersten Stadium ging ein leichter und so schleichend auftretender Catarrh vorauf, dass man lange Zeit gar nicht den schweren Charakter der Krankheit des Pat. vermuthete. LEFFERTS.

75) **W. H. Rouse. Einige unregelmässige Fälle von Diphtherie. (Some irregular cases of diphtheria.)** *Medical age, Detroit. 10. März 1887.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

76) **O. S. Armstrong. Epidemischer membranöser Croup. (Epidemic membranous croup.)** *Medical age, Detroit. 25. Mai 1887.*

Bericht über acht Fälle, in welchen die Krankheit im Larynx begann; das erste Symptom war Heiserkeit, gefolgt von Dyspnoe. Drei Fälle heilten, und in keinem von diesen waren die Nasenhöhle oder der Schlund von Pseudomembranen befallen. In allen Fällen war die Temperatur niedrig; es bestanden keine Schmerzen, keine Drüsenschwellung. In keinem der geheilten Fälle traten irgendwelche Folgezustände auf, und die Genesung ging sehr rasch vor sich.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

77) **H. K. Shatford. Membranöser Croup. (Membranous croup.)** *Chicago Med. Times. Juni 1887.*

Die Behandlung des Verf. besteht in Darreichung eines Brechmittels aus Lobelia, Ipecacuanha und Sanguinaria, worauf er in den Schlund ein Pulver aus Kal. bicarb., Schwefel und Alaun einbläst. Der Pat. soll den Dampf von gelöschtem Kalk einathmen. Die Tracheotomie soll niemals während des Exsudationsstadiums gemacht werden. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

78) **Rosenbach** (Breslau). **Ein Fall von localisirter Laryngitis und Tracheitis crouposa bei einem Erwachsenen.** *Wiener med. Presse. 4 u. 5. 1887.*

Genau laryngoscopisch beobachtet bietet derselbe manches Interesse; Cul-

turversuche gelangen nicht. R. hebt besonders hervor, dass die Membranen nur der Schleimhaut aufsassen und sich ohne Blutung oder Ulceration abstiessen, dass Rachen und Lungen vollständig freiblieben, dass Lähmungen und Albuminurie fehlten, dass die Heiserkeit durch Schwellung der Taschenbänder bedingt, die Stimmbänder wenig ergriffen waren und dass das Fieber nicht mit der Bildung der Membranen gleichen Schritt hielt, sondern durch Eindringen von Infectionskeimen in das Blut veranlasst zu sein schien. Die Heilung erfolgte unter Gurgelungen mit 1promille Sublimatlösung; innerlich Natr. salicyl. CHIARI.

79) **Edward N. Liell. Bemerkungen über Diphtherie, ihre Complicationen und Behandlung. (Observations on diphtheria, its complications and treatment.)** *New-York Med. Journal. 21. Mai 1887.*

In einer gut geschriebenen und sehr lesenswerthen Arbeit erklärt der Autor, es sei nicht seine Aufgabe, in eine Discussion betreffs der Aetiologie oder Pathologie der Diphtherie einzutreten; auch habe er nicht die Absicht, die verschiedenen Behandlungsmethoden zu besprechen. Er beschränkt sich vielmehr darauf, in einer möglichst knappen Form seine persönlichen Beobachtungen und Erfahrungen rücksichtlich dieser Krankheit mitzutheilen und verweilt ziemlich lange bei der Behandlung ihrer unmittelbaren Complicationen. Die Indicationen für die Behandlung bestehen hauptsächlich darin, die normale Beschaffenheit der Gewebe herzustellen, in welchen sich die localen Erscheinungen manifestiren. Gleichzeitig ist die functionelle Thätigkeit der Ausführungsgänge zu kräftigen. Man muss also den Allgemeinzustand des Patienten gleichfalls beobachten. Die Mittel müssen nicht nur zweckmässig und wirksam sein, sondern man muss sie auch zweckmässig darreichen, damit sie in wirksamer Weise das gewünschte therapeutische Resultat hervorbringen. Bei der Behandlung der Krankheit soll man nicht nur an den Patienten denken, sondern auch Rücksicht darauf nehmen, dass das Contagium sich nicht auf Andere übertrage. Man muss daher die grösste Vorsicht beobachten. Die prophylaktischen und sanitären Massregeln sind auch deshalb von gleich hervorragender Bedeutung, wie die locale und Allgemeinbehandlung. LEFFERTS.

80) **J. Simon** (Paris) **Diagnose, Prognose und Therapie der Diphtherie. (Diagnostic, prognostic et traitement de la diphthérie.)** *Progrès méd. No. 23, 25 u. 26. Juni 1887.*

Mit Trousseau lässt S. drei Typen der Affection zu: eine locale, infectiöse und toxische. Nur bei der ersten ist die Diagnose schwierig wegen ihrer Aehnlichkeit mit Soor, Herpes und selbst häutiger Bräune (? Red.). Die Prognose bringt für uns nichts Neues. Die Behandlung enthält eine Zusammenfassung dessen, was man über diesen Gegenstand weiss und was bereits so ausführlich und so oft schon gesagt worden ist. Es handelt sich im Ganzen um klinische Vorlesungen für Studenten. E. J. MOURE.

81) **Godwin Timms** (London). **Ueber Nachwirkungen der Diphtherie. (On the after-effects of diphtheria.)** *Medical Press and Circular. 18. Mai 1887.*

T. citirt drei Fälle zur Erläuterung des Gegenstandes seiner Arbeit. Der

erste betrifft einen Knaben, der an diphtherischer Lähmung litt, ohne dass er weiss, dass er Diphtherie gehabt habe. Die Anamnese ergiebt jedoch, dass er vor einer Woche eine ulceröse Angina hatte. Zuerst litt die Gehfunction, später die Sprache. Er erholte sich schnell nach grossen Dosen von Liquor ferri.

Im zweiten Falle handelt es sich um heftigen, seit 6 Wochen bestehenden Husten, der ebenfalls auf Darreichung von Liquor ferri verschwand. Hier war Diphtherie nicht zu eruiren: es zeigten sich jedoch Stellen von Injection am Gaumen und Schlund, die T. für gleichbedeutend mit den Erscheinungen hält, welche der Diphtherie folgen.

Der dritte Patient litt an dauernder Schwäche seit einem Anfall von Diphtherie vor 5 Jahren.

T. räth, Liq. ferri innerlich lange Zeit, nachdem die Localsymptome der Diphtherie geschwunden sind, fortzugeben. A. E. GARROD.

82) **Geo. Minges. Die Behandlung des Croup mit digestivem Spray. (The treatment of croup with digestive sprays.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 12. Febr. 1887.*

In einer gut geschriebenen Arbeit, welche die Details von 13 Fällen (6 Heilungen) enthält, verficht der Autor seine Ansicht und rühmt die im Titel angegebene Behandlung. LEFFERTS.

83) **Barbier** (Algier). **Croup und Keuchhusten. (Croup et coqueluche.)** *Courrier méd. No. 10 u. 11. 5. u. 12. März 1887.*

B. bespricht die verschiedenen Behandlungsmethoden bei diesen beiden Affectionen und erklärt, dass er einen Syrup habe, der wunderbar in diesen Fällen wirke, theilt jedoch dessen Formel nicht mit. E. J. MOURE.

84) **A. Semenow** (Petrowsk in Dagestan). **Ueber die Behandlung der Diphtheritis mit Carbolsäure. (O letchenii diphtherita karbolowoi kislotoi etc.)** *Protoc. sasedan. kawkos. med. obtsch. No. 10. 1886/7.*

Zur Zeit einer kleinen Epidemie in Petrowsk in Dagestan hat Verf. im Ganzen 13 Fälle von Diphtheritis behandelt. Die ersten 5 Patienten (unter denen 2 tracheotomirt) starben sämmtlich. Die Behandlung bestand in Liq. ferri, Ol. Terebinthini, Kali chloric. etc. Die folgenden wurden alle gesund. Behandelt wurden die letzteren mit Pinselungen der kranken Stellen mit flüssiger Carbolsäure; bei kleinen Kindern wurde Carbolglycerin 10 pCt. angewandt. LUNIN.

85) **Philbert** (Paris). **Behandlung der Diphtheritis mit Hauswurzelbier. (Traitement de l'angine couënneuse par la bière joubarbée.)** *Soc. de méd. du VI. Arrondissem. Paris* in *France méd. 8. März 1887.*

Der Titel besagt, um was es sich handelt. E. J. MOURE.

86) **Gillet de Grandmont. Beobachtung von Diphtherie, vom Schlund auf das Auge und umgekehrt übertragen. (Observation de dipthérie transmise de la gorge à l'oeil et reciproquement.)** *Journ. de méd. de Paris. 8. Mai 1887.*

Der Titel giebt den ganzen Inhalt der Mittheilung wieder. E. J. MOURE.

87) **Kappesser** (Darmstadt). **Oleum terebinth. gegen Diphtherie und Croup.** *Centralbl. für klin. Med. No. 26. 1887.*

In einem Falle von Diphtherie, bei welchem sich bedrohliche septische Erscheinungen einstellten, verschwanden dieselben nach Darreichung von 2 Kaffeelöffeln von Ol. terebinth. SCHECH.

88) **Lewentaner** (Constantinopel). **Zur Wirkung des Oleum terebinth. rectif. bei Diphtherie resp. Croup.** *Centralbl. für klin. Med. No. 3. 1887.*

Mittheilung eines einzigen durch den innerlichen Gebrauch des Ol. terebinth. geheilten Falles. SCHECH.

89) **F. E. Waxham. Ein Fall von pseudomembranöser Laryngitis, mit Electrolyse behandelt. (A case of pseudo-membranous laryngitis, treated by electrolysis.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 1. Jan. 1887.*

Patient, ein 8jähriges Kind, war von membranösem Croup befallen und befand sich in den letzten Stadien der Asphyxie. Die Electrolyse wurde angewandt, nicht in der Erwartung, dass der galvanische Strom viel auf die Pseudomembran einwirken, sondern in der Hoffnung, dass sie die Congestion und Schwellung der Gewebe verringern würde. Entgegen der Voraussetzung schien es sicher, sagt W. — und diese Ansicht müssen diejenigen theilen, welche die klinischen Details dieses interessanten Falles lesen —, dass die Electrolyse eine entschiedene Einwirkung auf die Lockerung und Ablösung der Membran hatte. Es wurde aber noch eine zweite Wirkung constatirt nämlich eine Zunahme der Schwellung und Congestion, so dass also das Gegentheil von dem eintrat, was der Autor voraussetzte. Natürlich können aus einem einzelnen Fall keine weiteren Schlüsse gezogen werden und die Hoffnung des Autors, dass dieser Gegenstand weiteren Untersuchungen unterworfen werden möge, wird allgemein getheilt werden. Die Methode der Anwendung der Electrolyse ist folgende: Eine „Intubationscanüle", mit einem isolirten Platindraht verbunden, wird als negative Electrode gebraucht und mit einer Batterie von 12 Elementen in Verbindung gebracht. Die positive Electrode besteht aus einem gewöhnlichen Schwamm, der über dem Larynx placirt wird. Ein Strom von 6—10 Elementen wurde angewendet. Nur wenige Sitzungen fanden statt, da der Zustand des kleinen Patienten nicht mehr gestattete. Es trat der Tod in Folge von Pneumonie und Erschöpfung ein. LEFFERTS.

90) **W. G. Wagner** (Indiana U St. A.). **Directe Sauerstoffeinführung beim Croup an Stelle der Tracheotomie. (Direct oxygenation in croup substituted for tracheotomy.)** *British Medical Journal. 16. April 1887.*

W. empfiehlt die Inhalation von reinem Sauerstoff beim Croup und berichtet günstige Erfolge von seiner Behandlung. Er empfiehlt ausgedehntere Versuche mit dieser Methode. A. E. GARROD.

91) **X. Die progressive Anästhesie beim Croup der Kinder. (De l'anesthésie progressive du croup chez les enfants.)** *Paris méd. No. 15. 9. April 1887.*

Es handelt sich um Beobachtungen, welche bei Gelegenheit der Discussion in der Soc. de chirurgie über die Anwendung des Chloroforms bei der Tracheotomie mitgetheilt wurden. E. J. MOURE.

92) **Pichevin. Anästhesie und Tracheotomie. (Anesthésie et trachéotomie.)** *Gaz. des hôp. p. 549 et 573. 4. 11. Juni 1887.*

Bei Gelegenheit der über diesen Gegenstand erhobenen Discussion theilt P. eine Studie über diese Frage mit, indem er zahlreiche Schlüsse formulirt, welche die Vortheile und Nachtheile der Chloroformirung darthun sollen. Im Ganzen bringt er uns nichts Neues über die Frage, welche er resumirt. E. J. MOURE.

93) **Isch-Wall. Bougirung des Larynx. (Tubage du larynx.)** *Progrès méd. No. 25 u. folg. Juni 1887.*

Verf. liefert eine vollständige Geschichte dieser Frage. Er kommt zu dem Schluss, dass die Bougirung, eine nicht sehr leicht auszuführende Operation, den Kranken relativ mehr Unfällen aussetzt als die Tracheotomie. Er zieht daher die letztere Operation vor. E. J. MOURE.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

94) **Poirier. Lymphgefässe des Kehlkopfs; Lymphgefässe der Portio subglottica; praelaryngeales Ganglion. (Vaisseaux lymphatiques du larynx. Vaisseaux lymphatiques de la portion sous-glottique.)** *Progrès méd. 7. Mai 1887.*

P. giebt ausführlich seine Mittheilung vor der Soc. de laryngol. mit Abbildungen wieder. (Vgl. S. 147 dieses Jahrganges.) E. J. MOURE.

95) **Moura** (Paris). **Anatomisch-physiologische Zustände der menschlichen Stimme. (Conditions anatomo-physiologiques de la voix humaine.)** *Revue mens. de laryng. No. 9. 10 u. 11. 1886 und No. 2, 3 u. 4. 1887.*

Unter dem Titel Laryngometrie hat Moura soeben eine lange Abhandlung über die Grössenverhältnisse der verschiedenen Theile des Larynx, speciell die Stimmbänder und besonders den phonatorischen Theil derselben veröffentlicht; ferner über die Beziehungen derselben bei beiden Geschlechtern. Das Ziel, welches der Autor sich gesetzt hat, ist das, von Neuem die anatomisch-physiologischen Bedingungen zu untersuchen, welche als Basis für eine wirkliche Theorie der Stimme dienen können. Ungefähr 200 Kehlköpfe liefern die Elemente dieser schwierigen Studie.

Die Länge der Stimmbänder variirt viel häufiger beim Mann als bei der Frau. Dieses anatomische Factum, welches übrigens nichts Ueberraschendes hat, würde erklären, warum, ganz allgemein betrachtet, die männliche Stimme einen viel grösseren Umfang hat und sich besser als die weibliche Stimme zum Chorgesang eignet. (? Red.)

M. stellt ferner fest, dass der schwingende oder membranöse Theil der Glottisränder bei einer gewissen Anzahl von Männern zweimal so lang ist als bei anderen. Daraus folgt, dass die Stimme der letzteren, wenn die Stimmbänder wirkliche Saiten sind, wie es die Theorie von Ferrein will, Töne hervorbringen müsste, die um eine Octave höher als die der ersteren sind.

Nun steht es aber fest, dass Individuen mit kurzen Stimmbändern eben so

gut einen Bass oder Baryton haben können, wie diejenigen mit langen Stimmbändern. Die Theorie von Ferrein ist daher unvollständig und falsch.

Moura ist noch weiter gegangen. Er hat die Stimmbänder des Mannes mit denen der Frau verglichen und hat gefunden, dass die längsten Stimmbänder des Mannes dreimal so lang sind als die kürzesten der Frau. Wenn man zu dieser Längendifferenz den Umfang beider Stimmen im normalen Zustand hinzufügt, ein Umfang, der sich bis zu einer Octave erhebt, während die Stimmbänder kaum um ein Drittel ihrer Länge differiren, so müsste das kürzeste weibliche Stimmband um drei Octaven höhere Töne geben, als die männliche Stimme.

Man hat bis jetzt, seiner Ansicht nach, kein wichtigeres Argument gegen diese Theorie, welche seit $1^1/_2$ Jahrhunderten die unteren Bänder der Glottis zu tönenden Saiten macht, ins Feld führen können, als das eben genannte.

Was das Alter und das Geschlecht betrifft, so stellte Moura fest, dass der membranöse Theil der weiblichen Stimmbänder ohne Unterbrechung bis zum Alter von 40 und 50 Jahren wächst, während er beim Mann, nachdem er zwischen 17 und 30 Jahren seine grösste Länge erreicht hat, sich progressiv bis zum Lebensende verkleinert.

Die Erklärung für diese Differenz ist allgemein bekannt. Sie ist gegeben einerseits durch die rapide Entwickelung des knorpeligen Gerüstes bei jungen Männern von 14—17 Jahren, andererseits in der der Giessbeckenknorpel, die auf Kosten der membranösen Glottisbänder vor sich geht. Diese umgekehrte Entwickelung bewirkt, dass die weibliche Stimme mit dem Alter an Umfang und Kraft gewinnt, während die männliche Stimme ihre hohen Töne verliert und im Alter von 30—35 Jahren tiefer wird.

Praktisch würde für den Gesangunterricht daraus folgen, dass die Stimmgymnastik im Alter von 17—30 Jahren bei jungen Männern ihre Grenze findet, nicht aber bei jungen Mädchen. E. J. MOURE.

96) **Garel** (Lyon). **Stimmgymnastik, Eunuchenstimme und hysterische Aphonie. (De la gymnastique vocale, de la voix Eunuchoïde et de l'aphonie hystérique.)** *Extr. de la Province méd. 1887.*

G. erinnert daran, dass bei Personen, welche eine Eunuchenstimme haben, der Larynx während der Respiration normal zu sein scheint, dass jedoch im Moment der Phonation die Stimmbänder die Position der Kopfstimme einnehmen. Die Stimmgymnastik ist in solchen Fällen unfehlbar. G. wendet die von Fournier 1880 (Kongress zu Mailand) in seiner Studie über diesen Gegenstand empfohlene Methode an. Bei der Hysterie (Aphonie) versagt die Elektrisirung. (? Red.) G. empfiehlt die sonore Exspiration, wenn möglich hierauf die gesteigerte Phonation. E. J. MOURE.

97) **Dutil. Notiz über einen Fall von hysterischer Stummheit mit partieller Contractur der Zunge. (Note sur un cas de mutisme hystérique avec contracture partielle de la langue.)** *Gaz. méd. de Paris. 4. Juni 1887.*

Nach einigen Bemerkungen über die Seltenheit dieser Erscheinung berichtet D. einen Fall, in welchem die Stummheit mit einer Störung Seitens der Zunge

einherging. Es handelte sich um eine Frau von 22 Jahren, welche alle Zeichen der Hysterie darbot. E. J. MOURE.

98) **W. Cheatham. Eine günstig verlaufene Tracheotomie wegen Oedems der oberen Partie des Larynx. (A successful case of tracheotomy for oedema of upper part of larynx.)** *American Practitioner and News. Louisville, Ky. 28 Mai 1887.*

Eine Ursache für das Oedem ward nicht gefunden. Die Operation war durch Indicatio vitalis bedingt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

99) **W. T. F. Davies** (Swansea). **Abscess unterhalb der Glottis. (Subglottic abscess.)** *Brit. Med. Journal. 14. Mai 1887.*

Demonstration vor der South Wales Branch of the Brit. Med. Association. Larynx einer 63jährigen Frau, welche einem 20 Minuten dauernden Dyspnoëanfall erlegen war. Ein kleiner Abscess lief rings um den Larynx unterhalb der Stimmbänder; die benachbarten Theile waren ödematös. Es bestand eine Verkalkung der Aortenklappen und ein kleines Aneurysma des Kammerseptums. A. E. GARROD.

100) **E. Martel. Frühzeitige Diagnose der Lungenschwindsucht durch Untersuchung des Larynx. (Diagnostic précoce de la phthisie pulmonaire par l'examen du larynx.)** *Revue internat. des sc. méd. 31. Mai 1887.*

M. glaubt, dass eine Muskelparese oder Paralyse, unabhängig von jeder erkennbaren Ursache, Lungentuberculose vermuthen lasse. E. J. MOURE.

101) **Gouguenheim. Tuberculöse Larynxgeschwüre. (Ulcérations tuberculeuses laryngées.)** *Soc. méd. des hôp. Paris. Sitzung vom 13. Mai 1887.*

G. berichtet über die Erfahrungen Heryng's. E. J. MOURE.

102) **J. Lindsay Porteous. Localbehandlung der tuberculösen Phthise. (The topical treatment of tubercular phthisis.)** *Edinburgh Med. Journal. Mai 1887.*

Der Autor wendet einen Spray mit Sublimat zur Inhalation an und nimmt an, dass das Mittel die Lungen „unverdünnt“ passirt! Er berichtet über drei, auf diese Weise glücklich geheilte Fälle; aber, befremdlich genug, in keinem derselben war das Sputum auf Bacillen untersucht worden. M'BRIDE.

103) **Heryng** (Warschau). **Chirurgische Behandlung der Kehlkopfschwindsucht. (Traitement chirurgical de la phthisie laryngée.)** *Annal. des mal. de l'or. et du lar. No. 5. Mai 1887.*

H. bespricht die Anwendung der Milchsäure zu submucösen Injectionen, Inhalationen und Pinselungen und theilt die Resultate seiner Erfahrung mit, welche dieser Behandlung günstig sind. E. J. MOURE.

104) **J. D. Arnold. Combination von Syphilis und Tuberculose des Halses. (Associated syphilitic and tubercular disease of the throat.)** *Pacific Med. and Surg. Journal* und *Western Lancet. April 1887.*

Patient, welcher an vorgeschrittener Phthise litt, suchte Hülfe gegen seine

Aphonie. Die Untersuchung des Kehlkopfs ergab Ulceration der Epiglottis, Oedem der Giessbeckenknorpel und Ulceration im Interarytaenoidalraum. Die Taschenbänder zeigten keine Geschwüre, aber beide Stimmbänder hatten Erosionen, die sich offenbar nicht tiefer als in die Schleimhaut ausbreiteten. Man stellte die Diagnose auf Kehlkopfphthise und es wurde eine palliative Behandlung eingeleitet. Einige Zeit darauf gestand Patient, was er früher geleugnet hatte, dass er vor drei Jahren einen Schanker gehabt habe. Eine Untersuchung ergab eine indurirte Narbe hinter der Corona penis und Condylome am Rande des Afters. Er wurde sofort einer antisyphilitischen Behandlung unterworfen und in 5 Tagen begannen die Ulcerationen an den Stimmbändern und der Epiglottis zu vernarben; in drei Wochen waren sie ganz geheilt. Die Schwellung der Giessbeckenknorpel jedoch und das tiefe Geschwür in dem Interarytänoidalraum zeigten kein Anzeichen von Besserung. Die Stimme besserte sich sehr, aber Patient erlag schliesslich einem Anfall von Darmtuberkulose. Der Fall lehrt, dass man nicht jede geschwürige Erkrankung im Larynx bei einem Phthisiker zu voreilig als eine tuberkulöse und deshalb unheilbare diagnosticiren soll. Er unterstützt auch die Ansicht, dass der Larynx durch die Lymph- und Blutgefässe, nicht durch die Schleimhautoberfläche inficirt wird, da die Geschwüre an den Stimmbändern und der Epiglottis sicher nicht tuberculös wurden. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

105) **Birch** (Calcutta). **Epitheliom der Epiglottis. (Epithelioma of the epiglottis.)** *Indian Med. Gaz. Mai 1887.*

Eine an Hämoptoë leidende Frau von 60 Jahren wurde mit der Anamnese einer vor ca. 1 Monat überstandenen Angina aufgenommen. Syphilis war vorhanden gewesen. Das Schlucken war erschwert, Flüssigkeiten kamen durch die Nase zurück, die Stimme war rauh, keine Dyspnoe. Laryngoskopisch konnte man einen ungefähr wallnussgrossen Tumor sehen, welcher die obere Partie des Kehlkopfs einnahm und die Epiglottis ergriffen hatte. Er hatte eine glänzend rothe Farbe, war etwas hart und knotig. Die Schling- und Athembeschwerden nahmen zu, bis Patientin etwas plötzlich, ca. 2 Monate nach ihrer Aufnahme, an Erstickung zu Grunde ging.

Die Betheiligung der Epiglottis und der Zungenwurzel machte die Exstirpation des Larynx unmöglich und der Tod trat so plötzlich ein, dass keine Zeit zur Tracheotomie war. A. E. GARROD.

106) **C. R. Vanderburg. Larynxstenose, Tracheotomie, plötzliche Besserung der Stimme. (Laryngeal stenosis, tracheotomy, sudden recovery of the voice.)** *Columbus Med. Journal. Mai 1887.*

Ein Fall von syphilitischer Laryngitis, in dem wegen schwerer Dyspnoe die Tracheotomie gemacht werden musste. Die plötzliche Besserung der Stimme, auf welche der Autor als besonders interessant Nachdruck legt, hat wahrscheinlich darin ihren Grund, dass die vorher bestandene Aphonie hysterischer Natur war.

LEFFERTS.

107) Garel (Lyon). **Narbige Schrumpfung der aryepiglottischen Falten. Kehlkopf mit 6 Stimmbändern und einer supplementären falschen Stimmritze. (Rétraction cicatricielle des replis ary-epiglottiques. Larynx à 6 cordes et fausse glotte supplementaire.)** *Ann. des mal. de l'or. et de lar. Febr. 1887.*

Die nach vorn verwachsenen aryepiglottischen Falten bilden eine supplementäre Glottis. Man sieht in der Tiefe die unteren normalen Stimmbänder, die Taschenbänder sind nicht sichtbar. Der Patient hat die Stimme eines Bauchredners mit nasalem Timbre. Die Fistelstimme ist rein und flötenartig. Syphilis war nicht vorhanden, Patient hatte aber im Jahre 1880 ein schweres Halsleiden durchgemacht. G. stellt keine Diagnose über die Natnr des Leidens auf. A priori wären wir sehr versucht, dasselbe der Syphilis zuzurechnen, die fast allein im Kehlkopf adhäsive Narben dieser Art zurücklässt. Auf alle Fälle erscheint uns der Titel ein wenig — übertrieben. E. J. MOURE.

108) Robert Abbe. **Plastische Operation zur Schliessung einer Larynxfistel. (Plastic operation for closure of a large laryngeal fistula.)** *Annals of Surgery. April 1887.*

Es handelte sich um einen zufälligen Schnitt in den Hals, wobei das Messer den Schildknorpel durchbohrte. Es wurde tracheotomirt und die Canüle einen Monat lang getragen. Zur Schliessung der Fistel wurden 5 Versuche vergeblich gemacht. Die Methoden waren verschieden; bald wurde Silberdraht angewendet nachdem die Ränder geglättet waren, bald Seide. Das Resultat war eine Zerstörung eines beträchtlichen Stücks des linken Schildknorpelflügels. Man konnte durch das Loch ausserordentlich schön die Action der Stimmbänder sehen. Die vorderen Enden waren gerade am unteren Rand der Fistel in der Mittellinie befestigt und in der Ruhe fielen sie flach auf jede Seite nieder und verloren sich in der Schleimhaut. Bei Phonationsversuchen sprangen sie ins Gesichtsfeld hervor und schwangen in einem Winkel von 30°; nachher fielen sie nahezu in eine horizontale Stellung zurück. Abbe's Operation bestand darin, dass er das Ganze mit einem Lappen verschloss, den er dem Halse des Patienten entnahm. Die Operation war von günstigem Erfolge. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

109) Beavan Rake (Trinidad). **Asphyxie durch einen Spulwurm. (Asphyxia from round worm.)** *Brit. Med. Journal. 11. Juni 1887.*

Ein Hindukind von 5 Jahren wurde von leichtem Husten befallen und starb 5 Stunden darauf comatös. Bei der Autopsie wurde ein lebender Rundwurm von ca. 9 Ctm. Länge im Aditus laryngis gefunden. Er schien auf der Epiglottis gelegen zu haben. Der Magen war voll von Speisen; Erbrechen hatte nicht stattgefunden. Im Darmkanal fanden sich keine anderen Würmer. A. E. GARROD.

110) J. Simon (Paris). **Tracheo-Bronchitis. (Trachéo-bronchite.)** *Gaz. des hôp 12. Mai 1887.*

Der Artikel reproducirt eine über diesen Gegenstand gehaltene Vorlesung.

E. J. MOURE.

111) **Flemming. Fractur der Trachea. (Fracture of the trachea.)** *Chatham Med.-Surg. Soc. Trans. — Canada Med. and Surg. Journal. April 1887.*

Die Trachea wurde mit heftiger Gewalt von einem fliegenden Holzbalken unmittelbar oberhalb des Sternums getroffen. Der 4., 5. und 6. Ring waren durchschnitten und die Enden standen $1^1/_2$ cm auseinander, Bei jeder kräftigen Exspiration wurden Blutmengen und Gerinnsel durch die Wunde getrieben; es flossen auch grössere Quantitäten von Blut in die Lungen, wo sie Dyspnoe verursachten. Es trat sichtbar Erschöpfung in Folge der profusen Hämorrhagie auf. Seitenlage und Eis stillten die Blutung allmälig. Feuchte Dämpfe im Zimmer und ein Eisbeutel auf der Wunde bildeten die Behandlung. In sechs Wochen war die Wunde geheilt, doch traten noch mehrere schwere Blutungen während des Heilungsprocesses auf. LEFFERTS.

112) **Suckling. Syphilitische Stenose der Trachea. (Syphilitic stenosis of trachea.)** *Brit. Med. Journal. 23. April 1887.*

Dyspnoe von 8jähriger Dauer aus der im Titel genannten Ursache bei einer syphilitischen 50jährigen Frau, welche auch eine Perforation des Gaumens hatte. Der Larynx ist in keiner Weise afficirt. A. E. GARROD.

113) **Hiero Stössel. Zwei Fälle von tracheo-bronchialer Strictur. (Deux cas de rétrecissement trachéo-bronchique.)** *Annal. des mal. de l'or. et du lar. No. 4. April 1887.*

Verfasser, Assistent des Prof. v. Schroetter, berichtet über zwei Eälle, welche ohne Tracheotomie durch Dilatirung nach der Schroetter'schen Methode behandelt wurden. E. J. MOURE.

114) **Giraud** (Marseille). **Traumatische Tracheocele. (Trachéocèle traumatique.)** *Rev. de chirurg. Paris. No. 1. Jan. 1887.*

Im Gefolge einer vernarbten Querwunde des Halses bekam eine 41jährige Frau während eines Hustenanfalls einen leicht reducirbaren und nach der Anstrengung verschwindenden Tumor an der linken Seite. Er hatte den Umfang einer Orange; die Haut an der Oberfläche war normal. Nach vierzehn Tagen verkleinerte sich der Tumor sehr. G. glaubt, dass die Trachea verletzt worden war, und dass die Narbe unter dem Einfluss der Hustenanstrengung sich von neuem geöffnet habe. E. J. MOURE.

115) **X. Chloroformnarcose bei der Tracheotomie. (Anesthésie chloroformique par la trachéotomie.)** *Paris méd. 25. Juni 1887.*

Es ist dies eine Analyse der Arbeit von Picherin über diesen Gegenstand: ein Resumé der Discussion der Gesellschaft für Chirurgie zu Paris.

E. J. MOURE.

116) **Statistik der im Hôpital Trousseau und im Kinderhospital 1886 ausgeführten Tracheotomieen. (Statistique des trachéotomies faites à l'hôpital Trousseau et à l'hôpital des enfants malades en 1886.)** *Revue mens. des mal. de l'enfance. März 1887.*

Der Titel zeigt an, um was es sich handelt. E. J. MOURE.

117) **Alfred Sheen** (Cardiff). **Eine Monstre-Tracheotomiecanüle. (A monster tracheotomy tube.)** *Brit. Med. Journ. p. 616. 19. März 1887.*

Ein 60jähriger Mann kam in die Behandlung von Sh. mit einer vom Pat. selbst gefertigten Canüle. Sie war eine rohe Copie einer gewöhnlichen Hartgummicanüle mit folgenden Dimensionen: Länge 13,5 cm, Durchmesser 2 cm. Die Tracheotomie war wegen Paralyse der Glottisöffner gemacht worden. (Der Fall ist zweifellos identisch mit demjenigen, welchen Ref. in den St. Bartholomew's Hospital Reports, Vol. XXII. 1886 beschrieben hat.) A. E. GARROD.

f. Schilddrüse.

118) **J. Mitchell Clarke** (Bristol). **Basedow'sche Krankheit. (On Graves' disease.)** *Bristol Medico-Chirurgical Journal. März 1887.*

C. berichtet den Fall eines 18jährigen Mädchens, bei welchem die Krankheit einen sehr acuten Verlauf nahm. 1885 litt sie an Kopfschmerz, zuweilen mit einem leichten Gefühl von Vollsein im Hals. Im Juni 1886 hatte sie während einer Periode heftige Herzpalpitationen mit Kopfschmerz, Präcordialangst und Erbrechen. Die nächste Periode zeigte nichts Abnormes, aber danach hörte die Menstruation auf. Am 4. August kehrten die Palpitationen wieder, die Schilddrüse begann zu schwellen und die Augen hervorzutreten. Seit dieser Zeit magerte sie schnell ab. Im September wurde sie zusehends schlechter; die Abmagerung wurde hochgradig, das Erbrechen hörte zwar auf, doch stellte sich Diarrhöe ein. Am 14. September starb sie nach unstillbarem Erbrechen. Als sie vom Arzte gesehen wurde, war sie bereits comatös; der Puls so schnell, dass er nicht zu zählen war, die Respiration 66.

Zur Zeit der Autopsie war der Exophthalmus geschwunden. Die Schilddrüse war sehr vergrössert, fest und gefässreich; die Trachea seitlich comprimirt, ihr Lumen jedoch nicht verkleinert. Die Thymusdrüse war geschwollen und fest.

Im Sympathicus und im cerebrospinalen Nervensystem fanden sich keine pathologischen Veränderungen.

In der Schilddrüse erschienen die Gefässe enorm überfüllt, das Bindegewebe war vermindert, die zelligen Elemente vermehrt. Ueberall zeigten sich die Anzeichen rapider Proliferation und Verfalls von Zellen; an einzelnen Stellen hatten die Zellen einen säulenförmigen Typus angenommen: Die normale colloide Degeneration der Alveolen war verringert.

Abgesehen von dem Anfall von Herzpalpitationen im Juni 1886 hatte die ganze Krankheit fast genau 6 Wochen gedauert. Die Leber und das Pankreas waren abnorm klein.

C. bespricht die verschiedenen Theorieen, welche über die Pathologie dieser Krankheit vorgebracht worden sind. Er giebt der Ansicht den Vorzug, welche die Ursache dieses Zustandes mehr in der Medulla und dem oberen Halstheil des Rückenmarks, als im Sympathicus sucht. Er schreibt nämlich die Palpationen, das constanteste Symptom, der mangelhaften Action des Hemmungscentrums des Herzens, die Erschlaffung der kleinen Arterien der Störung des vasomotorischen

Centrums zu. Er meint auch, dass das gelegentliche Vorkommen von Diabetes zu Gunsten dieser Ansicht spricht.

Diese Veränderungen können einer gewissen Abnormität der Ernährung des Patienten zugeschrieben werden; in den meisten Fällen wahrscheinlich der Anämie.

Der Verfasser ist geneigt, den berichteten Fall einer „malignen" Form der Basedow'schen Krankheit zuzurechnen und legt der ausserordentlichen Kleinheit der Leber und des Pankreas, wie sie bei der Section gefunden wurde, eine grosse Bedeutung bei, als ein Beweis der tiefen Störung der Ernährungsprocesse.

A. E. GARROD.

119) **David Drummond** (Newcastle on Tyne). **Einige Symptome der Basedow'schen Krankheit. (Some of the symptoms of Graves' disease.)** *Brit. Med. Journal. 11. Mai 1887.*

In dieser Vorlesung beschreibt D. sechs Fälle dieser Krankheit und lenkt die Aufmerksamkeit auf einige ihrer Erscheinungen, welche, nach seiner Ansicht, zu wenig Beachtung gefunden haben. Die erste dieser Eigenthümlichkeiten ist eine Pigmentirung der Haut, welche in allen sechs Fällen vorhanden und in einem mit Leukodermie verbunden war. Die Pigmentirung war derjenigen ähnlich, welche man bei der Addison'schen Krankheit findet; es fehlten nur die kleinen, tief gefärbten Flecken an den Armen und die Flecken der Mundschleimhaut.

Die Pigmentirung ist sehr deutlich um die hervorstehenden Augäpfel und andere Theile des Gesichts, am Hals, Schulterhöhle, Warzenhof, Bauch und an der oberen und inneren Fläche der Schenkel. Die Farbe variirt von einer schmutzig blassen Leberfarbe bis zum tiefen Braun.

D. lenkt ferner die Aufmerksamkeit auf die geistigen Veränderungen, welche bei dieser Krankheit angetroffen werden. Bei zweien seiner Patienten, welche an Gehirnsymptomen starben, fand man kleine Mengen Zucker im Urin.

Rücksichtlich der Pathologie dieser Krankheit drückt D. seine Ansicht dahin aus, dass die Symptome in Zusammenhang mit dem sympathischen Nervensystem ständen, mögen die Störungen organischer Natur sein oder nur den Charakter einer Neurose haben. Er war ausser Stande, irgend welche Veränderungen an den Ganglien bei den beiden berichteten Fällen zu finden, hierin mit den meisten Beobachtern übereinstimmend. Er ist im Ganzen geneigt, die meisten Fälle von Basedow'scher Krankheit als Neurosen anzusehen; die Schwellung der Schilddrüse hält er für eine einfache Hypertrophie, bedingt durch eine perverse Ernährung der Drüse.

Die ganze Vorlesung ist von grossem Interesse und die Fälle, welche beide Geschlechter betreffen, illustriren alle Symptome der Krankheit. A. E. GARROD.

120) **T. D. Pryce** (Nottingham). **Myxoedem. (Myxoedema)** *Brit. Med. Journal 23. April 1887.*

Ein der Nottingham Medico Chirurgical Society vorgestellter Fall. Die Anamnese ergab zahlreiche Schwangerschaften und geistige Erregung. Die Schilddrüse war an Umfang verkleinert. A. E. GARROD.

121) **Zielewicz** (Posen). **Ein Fall von Myxoedem mit starker Stomatitis und Hepatitis interstitialis.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 22. S. 400. 1887.*

Die Ueberschrift giebt das Wesentliche des Falles, dessen Diagnose als Myxödem nicht vollständig sicher gestellt erscheint. Trotz gemachter Leichenöffnung fehlt eine Angabe über das Verhalten der Schilddrüse. B. FRAENKEL.

122) **Lassar** (Berlin). **Ueber stabiles Oedem.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 15. S. 263 1887.*

Oedem des Gesichts, der Augenlider, der Lippen und Wangen etc., welches eine oberflächliche Aehnlichkeit mit dem Gesicht des Myxödems bietet.

B. FRAENKEL.

g. Oesophagus.

123) **J. D. Wynne** (Sheffield). **Bösartige Geschwulst der Speiseröhre. (Malignant tumor of the oesophagus.)** *Lancet. 15. Juni 1887.*

Demonstration des Präparates vor der Sheffield Medico-Chirurgical Society. Der untere Theil des Oesophagus war in eine krebsige Masse verwandelt. Patient war 79 Jahre alt. Es bestand auch ein Mitralfehler, welcher jedoch während des Lebens keine Erscheinungen gemacht hatte. A. E. GARROD.

124) **Reboul. Krebs des Oesophagus. (Cancer de l'oesophage.)** *Soc. anat. de Paris. 27. Mai 1887.*

Der Kranke, bei welchem man die Gastrotomie ausführen wollte. starb plötzlich einen Tag vor der Operation. Er hatte Krebsherde in der Niere und den Mesenterialdrüsen. C. betont die Seltenheit der Generalisation des Pflasterepithelioms. E. J. MOURE.

125) **Le Dentu. Bemerkung über Oesophagotomia interna in verschiedenen Sitzungen. Modification des Instruments von Maisonneuve. (Note sur l'oesophagotomie interne à séances multiples Modification à l'instrument Maisonneuve.)** *Acad. de méd. Paris. 28. Juni 1887.*

Verf. demonstrirt ein Instrument, construirt nach dem Princip des Urethrotoms von Maisonneuve und dazu bestimmt, die Stricturen des Oesophagus zu durchschneiden. Er stellt auch einen Kranken vor, der nach diesem Verfahren operirt wurde. E. J. MOURE.

126) **Golding Bird** (London). **Gastrostomie wegen Epitheliom des Oesophagus: Unmittelbare Ernährung durch Punction des Magens, Tod nach 6 Stunden. (Gastrostomy for epithelioma of oesophagus: immediate feeding by puncture of the stomach; death after six hours.)** *Brit. Med. Journal. 21. Mai 1887.*

Eine 40jährige Frau begann im Aug. 1886 Zeichen von Stenose des Oesophagus aufzuweisen. Die Nahrung wurde unverändert in verschiedenen Intervallen regurgitirt. Es bestand steter Schmerz über der Sternalgegend, gerade über dem Schwertfortsatz. Am 23. Nov. 1886 wurde sie in Guy's Hospital aufgenommen.

Vor sechs Wochen wurde gelegentlich etwas Blut im Erbrochenen bemerkt und die Schwierigkeit, die Nahrung zurückzuhalten, nahm zu. Es konnten nur Flüssigkeiten genommen werden und es traten beim Schlucken häufige Dyspnoeanfälle auf. Ernährung per anum. Die Untersuchung mit einer Sonde zeigte 33 cm von den Lippen eine Strictur, die Sonde brachte auch etwas weisse Blutkörperchen und Epithelialtrümmer heraus Temperatur normal, Puls 100. Da es unmöglich war, ein Instrument in den Magen einzuführen und Patientin nach Hülfe verlangte, so entschloss man sich zur Ausführung der Gastrostomie.

Am 20. Decbr. wurde Patientin chloroformirt und der Magen durch eine 9 cm lange Incision längs der linken Linea semilunaris, nach aussen vom Rect. abdom. blossgelegt. Der Magen war durch das Netz abwärts gezogen worden. Er wurde in der Wunde durch eine stumpfe Zange gehalten und mit einer fortlaufenden Naht an die Bauchwand befestigt, jedoch so, dass die Haut nicht in den Stichen eingeschlossen war. Hierauf wurden ca. 60 ccm Brandy und Fleischessenz mittelst einer Spritze und einer hypodermatischen Nadel injicirt. Der Puls hob sich; die Operation hatte 25 Minuten gedauert. Vier Stunden später machte B. eine Incision in den Magen und verordnete Beef-tea und Brandy, aber die Patientin starb 6 Stunden nach der Operation.

Die Strictur erwies sich als eine epitheliomatöse. Die Operationswunde befand sich 6—9 cm nach links vom Pylorus. Der Magen war vollständig an die Bauchwand befestigt. Im Peritoneum war kein Blut.

G. B. rühmt sehr den Nutzen einer spitzen Canüle behufs Einführung von Flüssigkeiten in den Magen unmittelbar nach der Operation. Es fand kein Rückfluss durch den Stichcanal statt. A. E. GARROD.

127) **John Pennefather Ryan** (Gympie-Queensland). **Ein Fall von Gastrostomie mit Tracheotomie wegen Krebs des Oesophagus und Larynx. (Case of gastrostomy with tracheotomy for cancer of the oesophagus and larynx.)** *Lancet. 12. Jan. 1887.*

Eine 61jährige Frau war nur im Stande, Flüssigkeiten, und zwar langsam, zu schlucken. Es konnte nur ein dünner Catheter abwärts in den Oesophagus gelangen. Bald hörte die Patientin überhaupt zu schlucken auf und wurde mit ernährenden Clystieren erhalten. Da die Trachea auch ergriffen wurde, so entstand grosse Dyspnoe. Die Gastrostomie wurde von R. in der üblichen Weise ausgeführt. Da jedoch der Zustand der Patientin ein bedrohlicher war, so wurde der Magen sofort eröffnet. Die kleine Oeffnung wurde mit zwei im rechten Winkel zu den Muskelfasern gekrümmten Sonden offen erhalten und ein Catheter No. 9 eingeführt. Hierauf wurden durch einen auf den Catheter gesetzten Trichter 120 g warmer Milch gereicht und die wenigen Tropfen, welche beim Zurückziehen des Catheters vorbeiflossen, sorgfältig abgetrocknet. Am vierten Tage wurden die ernährenden Clystiere ausgesetzt und Patientin ganz durch den Catheter ernährt.

Am 7. Tage wurde wegen der Dyspnoe die Tracheotomie gemacht.

Am 12. Tage wurden die Magensuturen entfernt. Patientin erlangte ihre Kräfte wieder und war länger als 5 Monate frei von Schmerzen.

Es kehrte jedoch eine krampfhafte Dyspnoe bisweilen wieder, ebenso traten verschiedene Male Blutungen aus der Tracheawunde auf, ein Mal sogar aus Nase und Mund. 7 Monate nach der Operation starb die Patientin.

Die Autopsie zeigte eine krebsige Masse, die sich vom Rückgrat nach vorn erstreckte, den Oesophagus in der Ausdehnung von mehreren Zollen verschloss und Larynx nebst Trachea umfasste. A. E. GARROD.

128) **G. A. Rodman** (Oxford). **Bougirung des Oesophagus. (Intubation of the oesophagus.)** *Brit. Med. Journal. 21. Mai 1887.*

R. verlas vor der Oxforder Section der British Medical Association eine Abhandlung, in welcher er sich zu Gunsten der Bougirung gegenüber der Gastrostomie aussprach. A. E. GARROD.

III. Kritiken und Besprechungen.

a) Neunter Jahrescongress der American Laryngological Association. New-York, 26., 27. u. 28. Mai 1887.

Der Präsident Dr. E. Fletcher Ingals (Chicago) bedankt sich bei der Gesellschaft für die Ehre, die sie ihm durch die Wahl zum Präsidenten erwiesen habe. Hierauf macht er einige Bemerkungen über die Bougirung des Larynx.

Er hat die Bougirung in zwölf Fällen von diphtheritischer Laryngitis ausgeführt. In dreien erfolgte Heilung. Zufällig waren es gerade allein die geheilten Fälle, in welchen er selbst die Nachbehandlung leitete. Die Details der behandelten Fälle werden mitgetheilt. Als das Resultat seiner Erfahrung kommt er zu dem Schluss, dass bei der Behandlung folgendes zu beachten sei; 1) Verbot des Genusses von Flüssigkeiten per vias naturales. 2) Mercurpräparate sind in grossen und häufigen Dosen zu geben. Falls sich eine Bronchitis oder Pneumonie entwickelt, sollten Stimulantien für Respiration und Herzaction oft, aber vorsichtig gegeben werden. Durch Nachfrage und Studium der Literatur hat er 514 Fälle mit 134 Heilungen gesammelt. Der Procentsatz der Heilungen wird noch grösser werden, wenn man noch mehr Sorgfalt beim Gebrauch von Flüssigkeiten beobachtet.

Dr. Charles E. Sajous: Studium einiger der Bougirung gemachten Vorwürfe.

Zur Zeit, meint er, begünstigt die Statistik die Tracheotomie, aber er glaubt, dass die Bougirung sich als die bessere Operation erweisen würde, wenn die mechanischen Mängel überwunden sein werden. Die wichtigsten Einwände, nach dem Grade ihrer Gefahr, sind: 1) Die Neigung zur Verstopfung der Sonde durch Membranfetzen. 2) Herabstossen gelöster Membranen während der Sonden-

einführung. 3) Eintreten der Nahrung in die Trachea. 4) Momentanes Unterbrechen der Respiration während der Sondeneinführung. 5) Neigung zum Aushusten der Sonde und 6) Hinabgleiten der Sonde in die Trachea. Die Neigung zur Verstopfung wird dem kleinen Durchmesser der Sonde zugeschrieben, das Durchtreten von Flüssigkeiten dem Gewicht der Sonde; die Neigung zum Aushusten der Sonde dem kleinen Durchmesser der Sonde und das Hinabgleiten derselben dem Gewicht des Instruments und der Bildung des Kopfes.

Er demonstrirte Instrumente nach dem Princip des zweiblätterigen Speculums, welche die oben gemachten Uebelstände beseitigen sollen. Die neue Röhre verschliesst den Larynx sehr wenig, indem sie zum Athmen einen Raum lässt, der fast so gross, als normal ist.

Dr. J. Solis Cohen (Philadelphia) gab eine Beschreibung einer modificirten Methode der Larynxresection.

Die Operation ist auf solche Fälle anwendbar, wo die Krankheit nicht zu ausgebreitet ist und hat den Vortheil vor der vollständigen Exstirpation des Larynx, dass sie einen grösseren Theil des Schildknorpels unverletzt lässt, während der respiratorische Theil des Kehlkopfs entfernt wird. Bei einer auf den inneren Theil des Respirationskanals beschränkten, besonders carcinomatösen Krankheit, erfüllt sie jede Indication der vollständigen Ectomie des Larynx. Die Vortheile der Operation sind: 1) Schnelligkeit, Leichtigkeit und relative Sicherheit für den Patienten. 2) Der kleine Umfang der Wunde. 3) Die Erhaltung der Befestigung verschiedener wichtiger Muskeln und Ligamente. 4) Das Verbleiben wichtiger Gebilde in ihrer normalen Beziehung. 5) Es wird eine feste, natürliche Stütze für die Anbringung eines künstlichen Apparats zurückgelassen.

Nachmittags-Sitzung.

Dr. John N. Mackenzie (Baltimore) verlas eine Arbeit über: Der pathologische Nasenreflex, eine historische Studie.

Das Factum steht ausser Zweifel, dass eine ursächliche Beziehung zwischen Krankheiten der Nasenschleimhaut und anderen Theilen des Respirationskanals und manchen Zuständen entfernter Körpertheile besteht. Das Heufieber kann auf die Zeit von Galen zurückgeführt werden. M. verweist auf die Beobachtungen verschiedener Individuen rücksichtlich der Reflexzustände, die durch Nasenerkrankung bedingt sind.

Dr. John O. Roe (Rochester) lieferte eine Arbeit über Heufieber, Analyse von Fällen mit den Resultaten der Behandlung.

Er kommt zu folgenden Schlüssen:

1) Alle Fälle von Heufieber haben ihren Ausgang von einem krankhaften Zustand des Gewebes der Nasenhöhle.

2) Alle Krankheiten dieser Gewebe erzeugen in den mit ihnen zusammenhängenden Gangliencentren eine abnorme Thätigkeit, welche auf andere Organe reflectirt.

3) Die sensiblen Herde in der Nase sind nicht in bestimmten Theilen der Höhle zu finden, noch giebt es irgendwelche Zonen, die, gereizt, stets dieselben Erscheinungen zeigen.

4) Die Richtung, in welcher der Reiz reflectirt wird, ist stets die des geringsten Widerstandes. Eine Reizung derselben Gegend kann ein Mal in dieser, ein ander Mal in einer anderen Richtung reflectirt werden.

5) Die Erkrankung in der Nase kann eine Erkrankung anderer Theile des Respirationskanals erzeugen, welche unabhängige Reizcentren werden können.

6) Die als Heufieber bekannte Krankheit entsteht durch locale Reize in Berührung mit den sensiblen Herden in der Nase.

7) Die Affection ist an sich keine Neurose, noch ist der sog. nervöse Zustand einer Person nothwendig, um sie für locale, auf die Luftwege ausgeübte Reize empfänglich zu machen. Sie ist nicht nothwendigerweise mit dem nervösen Temperament vergesellschaftet.

8) Der nervöse Zustand, der oft als die Ursache des Heufiebers angesehen wird, ist oft das Resultat des localen Reizes.

9) Bei sorgfältiger und gründlicher Behandlung des erkrankten Nasengewebes, combinirt mit der anderer Theile des unterhalb gelegenen Respirationskanals, die zu secundären Reizquellen wurden, werden wir nicht ermangeln, das Heufieber zu heilen.

Dr. Mackenzie hält das Heufieber für eine Neurose. Er glaubt nicht, dass es eine Krankheit der Nase sei, welche Reflexsymptome hervorrufe. Wenn man beim Heufieber eine Krankheit der Nase finde, so entsteht die Frage, ob sie primär oder secundär, oder nur eine zufällige Begleiterscheinung sei. Es besteht dabei, seiner Meinung nach, stets eine mehr centrale Ursache, als die Affectionen der Nase. Ist die Krankheit frisch, so kann sie vielleicht durch die Ruhe, welche eine Localbehandlung schafft, zum Stillstand gebracht werden; besteht sie jedoch längere Zeit, so wird, seiner Ansicht nach, eine Localbehandlung die Schwierigkeit nicht überwinden. Er giebt Zink, Nux vomica, Chinin und Arsenik in grossen Dosen.

Dr. F. J. Knight (Boston) frägt, ob eines der Mitglieder irgend welche Erfahrung hätte über Ablenkung der Nerveneinflüsse in einem dieser Fälle. In einem Falle, der zu seiner Kenntniss kam, hörte der Anfall auf, als der Patient sich ein Bein brach. Ein anderer Patient verlor seine Anfälle, nachdem er einen Arzt für Geisteskrankheiten consultirt hatte.

Dr. W. C. Glasgow (St. Louis) meint, dass der Augenschein lehre, dass das Heufieber nicht eine Localaffection, sondern eine allgemeine Nervenstörung sei. Er glaubt, dass eine Allgemeinbehandlung ein wichtiges Element in dem Falle darstelle. Wofern nicht die Disposition zu dieser Krankheit getilgt werden kann, glaubt er nicht, dass man durch Zerstörung der Nasenschleimhaut eine völlige Heilung erzielen kann.

Dr. Delavan verlas eine Arbeit über die Behandlung der atrophischen Rhinitis durch den galvanischen Strom.

In frischeren Fällen der Affection ist die Wirkung sehr deutlich, aber selbst in älteren ist diese Methode nicht ohne Nutzen. Es wird dies durch einige Beispiele erläutert. Der Vorwurf, welchen man dieser Methode machen kann, ist der, dass sie lange Zeit erheischt.

Dr. S. H. Chapman (New Haven) machte dann einige Bemerkungen über Myalgie des Pharynx und Larynx und lenkte die Aufmerksamkeit auf gewisse besondere Zustände der Muskeln der oberen Luftwege, welche oftmals bei Malaria vorkommen und wegen ihrer Schwere zur Kenntniss des Specialisten gelangen. Am meisten afficirt sind der Pectoralis, die Schling- und Stimmmuskeln.

Dr. F. J. Knight (Boston) bespricht die Affectionen der Sensibilität des Halses.

Die meiste Erfahrung hat er über die Hyperästhesie und Parästhesie. Bei der ersteren wird, in der Regel, der Allgemeinzustand des Patienten nicht genügend beachtet. Die schlimmsten Fälle finden sich bei Alkoholikern und mit Verdauungsstörungen behafteten Personen. Oft bringt die Entziehung des Alkohols und die Regelung der Diät das Leiden zum Weichen. Adstringentien sind oft von Nutzen. In den Fällen von Parästhesie, welche er gesehen hat, bestand ein Gefühl von Völle, Druck, Brennen, Globus hystericus oder die Empfindung eines Fremdkörpers im Halse. In diesen Fällen ist eine Schwäche des allgemeinen Nervensystems vorhanden. Die unmittelbar excitirende Ursache kann eine Halskrankheit abgeben. Ermüdung vermehrt gewöhnlich diese Empfindungen. Er hat niemals die Parästhesie des Larynx als ein sehr frühzeitiges Symptom der Phthisis gesehen, wie dies von anderen Beobachtern behauptet wird. Die Prognose ist in den meisten Fällen von Parästhesie gut, wenn eine sorgfältige Behandlung eingeschlagen wird. Die Behandlung der Sensibilitätsneurose muss dahin streben, das constitutionelle Leiden zu heilen.

Freitag, den 27. Mai. Morgensitzung.

Dr. Frank Donaldson (Baltimore) berichtet über weitere Untersuchungen über die Function des Nerv. recurrens.

Die Schlüsse, zu welchen Dr. Donaldson kommt, sind die, dass die Verengerer nicht aufhören zu wirken in der tiefen Narcose oder bei Aufhebung des Bewusstseins aus irgend welcher Ursache; dass wir ferner nicht stets Abduction erhalten bei Reizung mit Aufhebung des Bewusstseins; dass die Abduction nicht reflectorisch entsteht und nicht abhängig ist von der Bewusstlosigkeit; dass endlich bei schwachem Reiz Abduction eintritt, die in Adduction übergeht, wenn der Reiz verstärkt ist. Diese Resultate erhält man stets, mag das Thier schwach oder tief narcotisirt sein, mag die Medulla zerstört oder localer Tod eingetreten sein. Ist der Reiz aber stark oder fortdauernd, so ermatten die Adductoren und reagiren nicht auf die Reize.

Diese Scklüsse sind einer strengen Kritik unterworfen worden, und die gegenwärtige Reihe von Versuchen wurde eben angestellt, um die Richtigkeit der oben genannten Ansichten zu erhärten. Er habe gezeigt, dass die Abduction der Stimmbänder ohne Aether erhalten werden kann, und dass es ein physiologisches Factum ist, dass die Oeffnung und Schliessung des Larynx von der Stärke des Reizes abhängig sei. Mit schwachen Reizen erzielt man Abduction, mit starken Adduction.

Dr. F. H. Hooper (Boston) verlas hierauf eine Abhandlung über die Anatomie und Physiologie des Nerv. laryngis recurrens.

Er erklärt, dass die Anatomie dieses Nerven jetzt genau bekannt sei (? Red.), dass aber noch vor Kurzem viel Verwirrung hierüber geherrscht habe. Um zu erklären, warum diese Nerven rückläufig sind, ist es nothwendig, mit dem Embryo zu beginnen. Ihre Rückläufigkeit steht in Zusammenhang mit gewissen Veränderungen in den Kiemenbogen und dem Absteigen des Herzens in den Thorax. Zu einer gewissen Zeit in der Periode der Entwicklung verlaufen diese Larynxnerven in gerader Richtung; wenn aber das Herz hinabsteigt, werden sie abwärts gedrängt. Den Beweis hierfür findet man in dem abnormen Zustand des Nerven in Fällen von Unregelmässigkeit der grossen Gefässe, welche von der Aorta ausgehen. Diese Nerven (zum wenigsten bei Hunden und Katzen) enthalten keine sensiblen Fasern.

Der Kehlkopf besitzt drei Functionen, die von drei getrennten Gruppen von Muskeln ausgeübt werden; alle aber werden von den Nerv. recurrentes innervirt. Diese Functionen sind: 1) Respiration; 2) Sphincteraction, welche den Larynx schliesst und das Eintreten von Fremdkörpern verhütet; sie spielt auch eine wichtige Rolle bei den Austreibungsacten; 3) Phonationsthätigkeit.

Reizung der Recurrentes erzeugt Adduction bei gewissen Thieren (Hunden), bei anderen (Katzen) Abduction. Beim Menschen wurden nur wenige Versuche angestellt, doch schienen sie zu zeigen, dass ein Reiz die Glottis schliesst. Unter Aether- oder tiefer Morphiumnarcose erzeugt Reizung des Recurrens Oeffnung der Stimmritze bei Hunden. Dreihundert und zwölf Versuche werden berichtet; einige der Thiere waren unter dem Einfluss von Chloral, Chloroform, Morphium oder Aether. Bei der Aethernarcose wurde mit schwachen Strömen Erweiterung bewirkt, während Contraction selbst mit den stärksten Strömen nicht erzielt werden konnte. Sobald der Hund aus der Narcose erwacht, kann Erweiterung durch keinen Strom erreicht werden, während Contraction mit an Intensität abnehmenden Strömen erzielt wird, sobald der Effect des Aethers vorüber ist. Eine ähnliche Wirkung wurde in einem Fall nach der Anwendung einer grossen Dosis Morphium beobachtet. Nach kleinen Dosen Aether erzeugte der Reiz zwei Wirkungen, erstens Schwingungen, zweitens Schluss. Bei grossen Dosen Aether wurden vier Wirkungen beobachtet, je nach der Intensität des Reizes: Schwingungen, vollständige Erweiterung, gemischte Bewegung und Schluss. Nach kleinen Dosen Morphium, Chloral und Chloroform erzeugt ein Reiz dieselben Wirkungen wie nach kleinen Dosen Aether.

Dr. M. Allen Star (New-York) hatte jüngst Gelegenheit, in Paris einige Experimente von Charcot an hypnotisirten Individuen zu sehen. Es ist bekannt, dass in diesem Zustand leichte Percussion eines Nerven eine Contraction der von dem Nerven versorgten Muskeln bewirkt. In einem dieser Fälle bewirkte ein leichtes Schlagen im Verlauf des Recurrens oberhalb der Trachea, unterhalb des Larynx eine solche Adduction der Stimmbänder und eine solche Unterbrechung der Athmung, dass man sich fragte, ob es nicht nöthig wäre, zur Tracheotomie zu schreiten.

Nachmittagssitzung.

Dr. William C. Glasgow verlas eine Arbeit über gewisse Massregeln zur Beseitigung des congestiven Kopfschmerzes.

Die schwersten Symptome in diesem Zustand sind der Schmerz und das Gefühl von Zusammenschnüren der Stirn. Wenn der Schmerz analysirt wird, so findet man zweierlei Arten desselben. Die eine ist ein dumpfes Gefühl von Vollsein und zuweilen Klopfen in der Schläfe. In dem anderen besteht ein scharfer, lancinirender Schmerz, wohlbekannt als Neuralgie. Bisweilen finden sich beide Arten in demselben Fall. In dem einen besteht Füllung der Gefässe, in dem andern gestörte Nervenaction. Beide Arten werden oft von demselben Zustand der Nasenhöhlen bedingt. Wenn wir während des congestiven Kopfschmerzes die Nase untersuchen, so finden wir, dass die Schwellkörper gefüllt und gespannt sind. Der Grad der Spannung entspricht in gewisser Ausdehnung dem Grad des Kopfschmerzes. Die Behandlungsmethode, welche wir in den letzten vier Jahren eingeschlagen haben, ist die locale Blutentziehung.

Dr. J. Solis Cohen eröffnete eine Discussion über die Behandlung der Kehlkopfentzündung bei Leuten, die ihre Stimme professionell zu gebrauchen haben und ausser Stande sind, sich Stimmruhe zu gönnen. Die Mehrheit der anwesenden Mitglieder betheiligte sich an dieser Discussion, ohne dass jedoch neue Gesichtspunkte zum Vorschein kamen. Jeder der Redner theilte eben nur seine eigene Methode für solche Fälle mit.

Auf diese Discussion erfolgte die Verlesung einer Arbeit über den Galvanocauter zur Behandlung der hypertrophischen Tonsillen von Dr. Chas. H. Knight aus New-York und einer Arbeit von Dr. Beverley Robinson aus New-York über eine Notiz über eine häufige Ursache von Nasenblutung.

Nach seiner Erfahrung wären die Geschwüre bei atrophischer Rhinitis eine sehr häufige Ursache zur Blutung.

Sonnabend, den 28. Mai. Morgensitzung.

Dr. S. W. Langmaid verlas eine Arbeit über die constitutionellen Ursachen der Halsaffectionen.

Er meinte, dass die interessante Lehre, welche wir aus der Beobachtung der Halsaffectionen ziehen sollten, die sei, dass den localen Läsionen eine äussere oder innere Ursache zu Grunde liege. Unsere Aufmerksamkeit sei viel zu sehr auf den Localzustand und auf die atmosphärischen Einflüsse gerichtet.

Die sogenannte Angina der Prediger, oder die folliculäre Laryngitis, hat ihren Ursprung nicht sowohl in dem nothwendigen Gebrauch des Halses, als in der sitzenden Lebensweise, welche, neben Fehlern in der Diät und anderen Zuständen, eine grosse Rolle spielt. Halsschmerzen sind zuweilen Symptome von Rheuma oder Gicht, und die Behandlung muss gegen diese Zustände gerichtet werden. Die Localbehandlung hat in manchen Fällen nur den Werth einer Ausbesserung; es muss eine allgemeine und hygienische Behandlung eintreten, um die normalen Processe zu erneuern. Schwellung und Congestion der Schleimhaut, Hypertrophie der Tonsille, Verlängerung der Uvula etc. sind als Symptome anzu-

sehen, und die Symptome sind nicht zu beseitigen, wenn die zu Grunde liegende constitutionelle Abnormität nicht beseitigt wird.

Hierauf werden folgende Fälle berichtet:

Dr. Morris J. Ash (New-York) über „einen Fall von Larynxstenose, behandelt mit Trennung und systematischer Erweiterung";

Dr. S. M. Langmaid (Boston) über „Fremdkörper im Larynx" und

Dr. R. P. Lincoln (New-York) über Recidiv eines Tumors des Nasenrachenraums, geheilt durch Electrolyse.

Dr. W. C. Jarvis (New-York) berichtet zwei bisher nicht beobachtete Fälle von angeborenem Verschluss der vorderen Nase.

Vollständiger angeborener Verschluss der vorderen Nase ist selten, und der Autor war ausser Stande, bei Durchforschung der Literatur über diesen Gegenstand irgend einen Fall zu entdecken. Er selbst hat zwei Fälle beobachtet. Der erste betraf einen Mann von 18 Jahren mit vollständigem Verschluss beider Nasenlöcher. Die Untersuchung zeigte beiderseits innerhalb der vorderen Nase eine becherfärmig gestaltete Einsenkung einer weissen glänzenden Membran. Links wurde ein kleines Loch entdeckt. Die vom Redner ersonnenen Drillbohrer, verbunden mit einer Maschine, werden angewendet, um den knorpeligen Verschluss zu durchschneiden. In einem zweiten Fall, wo die vordere Nase durch eine Knochenbildung verschlossen war, wurde in derselben Weise, wie beim ersten, mit Erfolg operirt.

Nachmittagssitzung.

Dr. Alexander W. Mac Coy (Philadelphia) verliest eine vergleichende Studie über einige der zweckmässigsten Behandlungsmethoden von Choanenleiden.

Er beschränkt seine Bemerkungen auf den Verschluss in Folge von Schwellung der Weichtheile, da er niemals Verschluss der Choanen durch Knochenneubildung gesehen hat. Er bespricht die Methoden zur Heilung dieser Weichtheilsschwellung und empfiehlt sehr die Chromsäure, an ein Ende der Sonde angeschmolzen; das Ende wird mit einer Röhre bedeckt, welche zurückgezogen wird, sobald die Sonde die gewünschte Stelle erreicht hatte. Diese Methode hat sich ihm besser bewährt als die Galvanokaustik.

Dr. De Blois zeigte eine Pflasterschiene, welche er mit Vortheil angewandt hatte in einem Falle von Fractur der Nase.

Die Schiene bestand einfach aus einem Pflasterstück, in welches ein Stück einer Bindenrolle eingelegt worden war. Sie wurde über die Nase gelegt und durch Bindenstreifen in ihrer Stellung erhalten.

Vorstand für das nächste Jahr:

Präsident: Dr. R. P. Lincoln (New-York).

Vicepräsidenten: Dr. J. N. Mackenzie (Baltimore) und S. W. Langmaid (New-York).

Schriftführer und Schatzmeister: Dr. D. Bryson Delavan (New-York).

Bibliothekar: Dr. T. R. French (Brooklyn).

Comité: DDr. Frank Donaldson (Baltimore); J. Solis Cohen (Philadelphia); F. H. Hooper (Boston) und E. C. Morgan (Washington).

Zu correspondirenden Mitglidern wurden ernannt: Dr. A. Gouguenheim (Paris) und E. J. Moure (Bordeaux).

Dr. A. Jacobi wurde zum Ehrenmitgliede ernannt.

Die Sitzung wurde sodann geschlossen. LEEFERTS.

b) **Die Heilbarkeit der Larynxphthise und ihre chirurgische Behandlung. Eine anatomo-pathologische und chirurgische Studie von Dr Theodor Heryng, Vorstand der laryngol. Abtheilung am St. Rochus-Hospital in Warschau. Mit 3 Holzschnitten u. 3 lithographirten Tafeln. Stuttgart, 1887. Verlag von F. Enke.**

Wohl kein Capitel der ganzen Laryngopathologie hat in den letzten Decennien so gründliche Umwälzungen durchzumachen gehabt, als das der Larynxphthise. Die nach langen Kämpfen endgiltig statuirte Identität mit Tuberculose brachte es mit sich, dass die Prognose der L.-Phthise von den Meisten als absolut schlecht und jede Behandlung als gänzlich erfolglos angesehen wurde. Bald jedoch mehrten sich die Stimmen, welche sich für die Möglichkeit der Heilung der Larynxtuberculose aussprachen; namentlich waren es Krause und der Verf. vorliegenden Werkes, welche mit Energie für die spontane und artificielle Heilbarkeit der Lungentuberculose eintraten. Der Beweis dafür, den der verdienstvolle Verfasser in dem vorliegenden Werke auf Grund sehr zahlreicher und äusserst sorgfältig beobachteter Fälle zu erbringen versuchte, muss als gelungen bezeichnet werden. Da es nicht möglich ist, hier eine erschöpfende Darstellung des inhaltreichen Buches zu geben, so soll nur das Hauptsächlichste Platz finden. Tuberculöse Geschwüre des Larynx können an allen Stellen heilen, eine erfolgreiche Kur ist aber nur möglich, wenn die Kranken unter fortgesetzter ärztlicher Aufsicht bleiben, unter guten klimatischen und materiellen Verhältnissen leben und wo die grösste Aufmerksamkeit auf gute Ernährung und Schutz vor neuen Schädlichkeiten angewendet wird. Die gute Wirkung der Milchsäure konnte Verf. vollauf bestätigen; doch überzeugte er sich, dass sich dieselbe nicht bei allen Kranken anwenden lässt, indem sie sehr starke Entzündungserscheinungen verursacht; auch schützt sie nicht vor Recidiven, namentlich nicht bei kraterförmig vertieften und hypertrophischen Geschwüren. Die Anwendung der Milchsäure erfordert eine grosse Technik, das Medicament muss in das Geschwür förmlich eingerieben werden; auch ist es nothwendig, die Kranken zu cocainisiren. Heryng construirte zur localen Anästhesie des Larynx eine Spritze für submucöse Injectionen von Cocain, die einestheils billiger kommen, anderntheils eine weit nachhaltigere Wirkung haben als die Bepinselungen; die Milchsäure reibt H. mittelst eines eigenen von ihm construirten Watteträgerpinsels, dessen Abbildung und Beschreibung im Original nachzusehen ist, auf die Geschwüre ein. Die Resultate, welche K. auf die Milchsäurebehandlung erzielte, sind sehr günstig; in 11 Fällen trat völlige Vernarbung ein und dauerte die Heilung $^1/_2$—$2^1/_2$ Jahre. Heryng blieb aber nicht stehen bei der einfachen medicamentösen Behandlung, er griff die Larynxtuberculose auch chirurgisch an. Er construirte sich zu dem Curettement eigene Instrumente, verschieden geformte und nach verschiedenen

Richtungen hin schneidende, scharfe Löffel und Curetten, deren genauere Beschreibung und Abbildung im Original nachzusehen ist. Das Curettement kann für sich allein oder in Verbindung mit Milchsäure in Anwendung kommen und ist hauptsächlich angezeigt bei den Erkrankungen der Hinterwand, den Infiltraten der Taschenbänder, den Geschwüren an der Innenfläche der Aryknorpel und den unteren Theilen der Epiglottis. Die Auslöffelung der Stimmbänder und oberen Epiglottishälfte ist wegen der Nachgiebigkeit dieser Theile sehr schwierig, manchmal unausführbar. Die mit dem Curettement ohne gleichzeitige Anwendung anderer Medicamente erzielten Resultate Heryng's sind sehr günstig, indem von 14 Fällen 9 zur Vernarbung gebracht wurden.

Sehr renitent gegen jede Behandlung erwiesen sich bekanntlich die Infiltrate der Lig. aryepigl.. der Epiglottis und anderer Theile. Heryng suchte nun tuberculöse Infiltrate an den genannten Stellen durch submucöse Injectionen von 20—80 pCt. Milchsäure und von Jodoformemulsion zu heilen. Die Indicationen für die Anwendung der Milchsäure ist nach Heryng gegeben bei begrenzten linsen- oder kraterförmigen Ulcerationen der Epiglottis, welche von keiner starken Reaction und keiner diffusen Schwellung begleitet sind und bei der Anwendung der früher besprochenen Methoden nicht heilen wollen; Jodoforminjectionen sind hingegen angezeigt bei Infiltraten der Aryknorpel, welche tumorartig begrenzt, einseitig und dabei ohne grosse Dysphagie auftreten und noch nicht zum Zerfall gekommen sind. Wenn auch die Zahl der Versuche noch eine kleine ist — 6 Patienten wurden mit Milchsäure-, 4 mit Jodoforminjectionen behandelt —, so verdient die Methode doch volle Berücksichtigung.

Zum Schlusse noch die Bemerkung, dass das Buch nicht etwa, wie man vielleicht dem Titel nach glauben könnte, nur Therapeutisches enthält; der durch seine zahlreichen früheren Arbeiten auf das Vortheilhafteste bekannte Verfasser hat in dem vorliegenden Buche eine höchst ausführliche Studie über Kehlkopfphthise geliefert und damit gezeigt, dass er ein ebenso vortrefflicher klinischer Beobachter wie Histologe und pathologischer Anatom ist, dessen Ausführungen und Beobachtungen Jeder mit Interesse und Befriedigung folgen wird. Das mit vorzüglichen Abbildungen, theils Holzschnitten, theils Lithographien ausgestattete Werk sei hiermit Allen bestens empfohlen.

PH. SCHECH (München).

IV. Briefkasten.

Zur Sammelforschung des Centralblattes.

Der Beginn unserer Sammelforschung lässt auf sehr erfreuliche Resultate hoffen: am Tage der Absendung der Correctur nach Berlin (18. Januar) befinden sich bereits Berichte über mehrere hundert Fälle intralaryngealer Operationen von gutartigen Kehlkopfneubildungen in den Händen des Herausgebers.

Hoffentlich wird die Betheiligung an der Entscheidung der wichtigen Frage eine ganz allgemeine sein! — Wir finden uns speciell in Folge einer gelegentlichen Bemerkung eines distinguirten Fachgenossen veranlasst, auf diesen Punkt

nachdrücklichst zurückzukommen. Als der Herausgeber im Gespräch mit demselben vor einigen Tagen die Hoffnung aussprach, von ihm bald den Fragebogen ausgefüllt zurückzuerhalten, erfolgte die Antwort: er glaube kaum, dass es von Werth sei, wenn er sich an der Sammelforschung betheilige, da die Anzahl seiner Beobachtungen eine zu geringe sei!

Selbstverständlich erhob der Herausgeber sofort gegen dieses Argument den lebhaftesten Einspruch, einen Einspruch, den er hier noch einmal öffentlich wiederholen möchte. Jedermann, der dem politischen Leben das geringste Interesse schenkt, weiss, wie häufig das Resultat einer für ganz unzweifelhaft gehaltenen Wahl dadurch völlig verschieden von der allgemeinen Erwartung ausfällt, dass der einzelne Wähler der zweifellos stärkeren Partei meint: auf eine einzelne Stimme könne es ja ganz und gar nicht ankommen! Denken aber viele so, so ist es nur zu oft um die Aussichten des für gesichert gehaltenen Kandidaten geschehen. —

Ganz ähnlich liegen die Dinge bei unserer Sammelforschung! Es handelt sich um die ziffermässige Darstellung eines von den erfahrensten Laryngologen als enorm selten angesehenen, wenn überhaupt vorkommenden Ereignisses. Angenommen, dass nur 100 Laryngologen, die je 10 Fälle von gutartigen Kehlkopfneubildungen ohne die behaupteten bösen Folgen intralaryngeal operirt haben, den Fragebogen unausgefüllt lassen, weil jeder von ihnen meint, seine 10 Fälle änderten nichts an einer auf grosse Zahlen berechneten Statistik, so gingen uns nicht weniger als 1000 einschlägige Fälle verloren, und wie sehr durch den Verlust dieser Summe der Gesammtprocentsatz beeinflusst werden würde, braucht wohl nicht auseinandergesezt zu werden!

Wir können daher nur aufs Dringendste unsere Bitte wiederholen, dass jeder Laryngolog, dem die Sammelforschung bekannt wird, sich an derselben betheiligen möge, mag die Zahl der von ihm beobachteten Fälle eine grosse oder eine kleine sein!

Bureau der laryngologischen Section der 56. Jahresversammlung der British Medical Association. Glasgow, 7.—10. August 1888.

Präsident: Dr. Felix Semon, London.
Vice-Präsidenten: Dr. G. H. Mackenzie, Dr. P. Mc Bride } Edinburgh.
Secretaire: Dr. D. Newman, 18 Woodside Place, Glasgow.
Dr. A. E. Garrod, 9 Chandos Street, Cavendish Square W. London.

Vorschläge für die grösseren Discussionen werden baldmöglichst bekannt gegeben werden.

Druckfehlerberichtigung.

Der Name des Collegen, welcher die Discussion über den Hopmann'schen Vortrag in der laryngologischen Section der letzten Naturforscherversammlung eröffnete (vgl. Centralblatt, Januar 1888, S. 291), ist Obertüschen.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang IV. Berlin, März. 1888. No. 9.

I. Referate.

a. Allgemeines.

1) **Die neue Universitäts-Poliklinik für Nasen- und Halskrankheiten zu Berlin.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 31. S. 583. 1887.*

Ein G. M. gezeichneter Feuilletonartikel, in welchem die Einrichtungen der Poliklinik beschrieben werden. B. FRAENKEL.

2) E. Schmiegelow (Kopenhagen). **Zweiter Bericht der Ohren, Nasen- und Halsklinik des Kommune-Hospitals. (Anden Beretning fra Kommunehospitalets Klinik for Ore-, Nase- og Hals-Sygdomme.)** Separat-Abdruck der Hospital-Tidende. 48 Seiten. Kopenhagen, 1887. [Umfasst 1100 Patienten mit 1397 Krankheitsfällen.]

Nasenkrankheiten. 215 Fälle (97 M., 118 W.).

29 Individuen, die an Excoriationes narium litten, in den meisten Fällen durch immer recidivirende Furunkulose der Talgdrüsen bedingt, genasen schnell und für immer durch die Anwendung von „Sublimattampons". Wo die Furunkulose als Ausdruck eczematöser Veränderungen der Haut anzusehen war, wurden die Tampons mit Ung. diachyli c. oleo vaselini bestrichen in die Nares eingeführt.

Perichondritis septi nasi. Zweimal gesehen, beide Patienten waren 19jährige Männer. In dem einen Falle entwickelte sich die Krankheit spontan im Laufe von 8 Tagen, und der Abscess wurde durch Incision entleert. In dem anderen Falle war ein Faustschlag die directe Ursache. Eine galvanocaustische Punction der Abscesswand führte zur Heilung.

Empyema antri Highmori. 6mal gesehen (4 M., 2 W.). Die Fälle kennzeichneten sich sämmtlich durch einseitigen purulenten Ausfluss aus der Nase. In einigen Fällen war zugleich eine geringe Empfindlichkeit der Fossa canina vorhanden, ab und zu Kopfschmerzen. Als Ursache dieses Leidens konnten periostitische Processe rings um die Zahnwurzeln der obersten Backzähne betrachtet werden. Sie wurden alle mittelst Durchbohrung des Process. alveolaris und Einlegung einer Silbercanüle behandelt, wonach die Patienten selbst die Durchspülung der Highmorshöhle mit einer schwachen Kochsalzlösung mehrmals täglich

vornahmen. Das Durchbohren des Knochens geschah schmerzlos nach einer submucösen Einspritzung von 2 Centigramm Chloret. cocaini in den Sulcus alveolo-labialis.

Rhinitis chronica. 90 Fälle (43 M., 47 W.). 12mal von profuser Epistaxis begleitet; in den letzteren Fällen war es jedesmal die Nasenblutung allein, die den Pat. zu der Klinik hintrieb. Die Epistaxis war oft so stark, dass die Pat. ohnmächtig wurden. Immer war die Schleimhaut des knorpeligen Septums die Ausgangsstelle, und nach einer Behandlung der blutenden Stelle mit dem Galvanocauter oder mit Chromsäure sistirte die Blutung sofort.

Bei 6 Patienten wurde Asthma bronchiale gesehen. Bei einem von diesen wurde durch Aetzung der Schleimhaut der knorpeligen Scheidewand ein Anfall hervorgerufen. In 2 Fällen ist der Verlauf nicht notirt, bei den 4 übrigen wurde das Asthma durch eine rhinochirurgische Behandlung bei 1 gebessert, bei 3 geheilt. Nieskrämpfe wurden bei 5 Patienten gesehen und geheilt. Vasomotorische Reflexneurosen (plötzliches Anschwellen der äusseren Nase, die roth und glänzend wurde), wurde bei 4 Patienten gefunden. Kopfschmerzen waren ein hervorragendes Symptom bei 9 Patienten. Typische Supraorbitalneuralgien bei 2, Reizhusten bei 5 Patienten.

Neoplasmen. 34 Fälle (17 M., 17 W.). Davon 25mal Schleimpolypen, 8mal Lupus nasi (Alle weibliche Individuen), 1 Carcinom(?). Von den Schleimpolypen ist zu bemerken, dass 2 von dem Septum entsprangen, 10 waren mit Kopfschmerzen, 8 mit Asthma complicirt. Unter diesen ist das Resultat der Behandlung bei 3 nicht notirt. In 2 Fällen wurde das Asthma gebessert, in 3 Fällen geheilt (davon ein späteres Recidiv). Supraorbitalneuralgie 2mal, Reizhusten 3mal.

Syphilis der Nase 21mal (7 M., 14 W.). Nur tertiäre Formen; 4mal war die Krankheit congenital. Die congenitale Nasensyphilis tritt spät auf, was leicht zu diagnostischen Irrthümern Veranlassung giebt. So wurde unter diesen 4 Patienten ein 17jähriges Mädchen von anderen Aerzten als „lupös“ angesehen und behandelt. In dem zweiten Falle traten die congenital-syphilitischen Nasensymptome im 20., im dritten Falle im 16. und im vierten Falle im 10. Lebensjahre auf.

Schlundkrankheiten. 374 Fälle (181 M., 193 W.).

Congenitaler Defect des rechten vorderen Gaumenbogens wurde bei einem 26jährigen Manne zufällig entdeckt.

Herpes pharyngis entwickelte sich unter starken Fiebererscheinungen und mit Schmerzen im Halse bei einem 15jährigen Mädchen.

Pharyngitis chronica. 120 Individuen (61 M., 59 W.). 3mal Suppuration in der Bursa pharyngea. Nach Aetzung der Wandungen der Bursa mit Chromsäure verschwanden die Symptome.

Bei 21 M., 28 W. wurde Tonsillitis hypertrophica gefunden. Es ... 75 Tonsillotomien gemacht.

...noide Vegetationen wurden bei 119 Patienten (also ca. 39 pCt. ...ndkrankheiten) gefunden. In Bezug auf das Alter giebt die folgende ...ufschlüsse:

Alter.	M.	W.	Zusammen.
1— 5 Jahre	8	7	15
6—10 „	27	28	55
11—15 „	11	18	29
16—20 „	5	7	12
21—25 „	2	2	4
26—30 „	—	1	1
Ueber 31 „	1	2	3
Zusammen	54	65	119

Was die Bedeutung der Vegetationen für Ohrkrankheiten anbelangt, so zeigte es sich, dass bei den 119 Patienten die Ohren in 100 Fällen, also in 84 pCt., afficirt waren. Bei 2 Patienten hatten die adenoiden Vegetationen bedeutende asthmatische Symptome hervorgebracht, welche mit der Entfernung der Vegetationen verschwanden. Die Vegetationen wurden alle mit der Zange von der Mundhöhle aus entfernt.

Neoplasmen im Schlunde wurden 7 mal (5 M., 2 W.) getroffen. Es waren 2 Carcinome und 5 fibröse Nasenrachenraumtumoren. Die Carcinome wurden bei einer 49jährigen Frau und einem 71jährigen Manne beobachtet. In dem ersten Falle wurde die Exstirpation des Larynx und des untersten Theiles des Pharynx gemacht (Oberarzt Iversen). Die Patientin starb einen Monat später. In dem anderen Falle, wo das Carcinom sich von der Basis cranii bis zur Epiglottis erstreckte, wurde eine partielle Exstirpation der Geschwulst und ausserdem wegen Erstickungsanfällen die Tracheotomie gemacht (Prof. Studsgaard). Späteres Schicksal unbekannt. Was die Nasenrachenfibrome anbelangt, so sassen dieselben in 4 Fällen in dem obersten Theile des Nasenrachenraumes, entweder von dem Dache oder von dem Processus pterygoideus des Flügelbeines entspringend, sie wurden mittels des galvanocaustischen Messers oder galvanocaustischen Schlingenschnürers entfernt. Ein Fall, der recidivirte, ist noch unter Behandlung. Bei dem fünften Falle handelte es sich um ein sehr grosses Fibrom, das mit einer breiten Basis an der Vorderfläche der 3 obersten Halswirbel und der Basis cranii angeheftet war. Es hatte sich in diesem Falle eine so hochgradige Anämie und Schwäche entwickelt, dass man vorläufig von einer radicalen Operation absehen musste. Electrolyse wäre wohl als einziges Mittel zu versuchen. Später aus der Klinik verschwunden.

Syphilis. 45 Patienten (18 M., 27 W.) Von diesen waren 28 Fälle (12 M., 16 W.) secundäre, 17 (6 M., 11 W.) tertiäre. Unter den tertiären Fällen waren 4 congenitale. Bemerkenswerth ist der Umstand, dass die tertiären Formen der congenitalen Schlundsyphilis im Allgemeinen sehr spät auftreten. Von den 4 Fällen war der eine 10 Jahre, die übrigen resp. 20 Jahre, 16 Jahre und 23 Jahre alt.

Von den 17 Fällen von tertiärer Syphilis im Schlunde hatte sich bei 7 eine partielle oder totale Verwachsung zwischen dem weichen Gaumen und der hinteren Wand des Schlundes entwickelt. Bei einer Frau, 52 Jahre, wo sich eine gummöse

Ulceration an der Zungenbasis befand, wurde die Krankheit anfangs wegen fehlender Anamnese mit einem Carcinom verwechselt, und nur das prompte Verschwinden der Ulceration nach einer Jodkalikur erhellte die Sache.

Kehlkopfkrankheiten. 129 Fälle (82 M., 47 W.).

Laryngitis tuberculosa. 29 Patienten (24 M., 5 W.). Von diesen hatte sich in 2 Fällen eine tuberculöse Arthritis der Articulation zwischen Cart. cricoidea und arytaenoidea entwickelt. Milchsäurepinselungen haben in vielen Fällen eine sehr günstige Einwirkung auf die localen Symptome gehabt, und mehrmals haben wir Heilung der Ulcerationen gesehen.

Laryngitis syphilitica. 10 mal (6 M., 4 W.). 6 secundäre, 4 tertiäre Fälle. Von den letzteren ist ein Fall. wo sich als einziges Symptom eine gummöse Infiltration auf dem linken Stimmbande entwickelt hatte, bemerkenswerth. Die Infiltration schwand unter dem Gebrauche von Jodkali.

Neoplasmen im Kehlkopfe wurden 9 mal gesehen. 2 von diesen waren carcinomatöse. Von den übrigen Fällen ist zu bemerken, dass bei einem 3jährigen Mädchen Tracheotomie wegen stenotischer Anfälle gemacht werden musste; nachher wurde die Laryngofissur gemacht, um die Papillome zu entfernen. Recidiv.

Neurosen. 8 Fälle von Adductorenparalyse bei hysterischen Individuen. Bei einem 23jährigen Manne war der linke N. recurrens vollständig gelähmt (das Stimmband stand unbeweglich in der Positio cadaverosa), die Ursache war wahrscheinlich ein Aneurysma aortae. Ein Carcinoma oesophagi hatte eine vollständige Paralyse der Abductoren hervorgebracht. Bei einem Syphilitiker war die Adductormusculatur des linken Stimmbandes gelähmt. Leider fehlen hier weitere Angaben und der Patient wurde nur einmal gesehen.

Von den Oesophaguskrankheiten ist hervorzuheben, dass wieder (siehe den ersten Bericht, dieses Centralbl., II. Jahrg. 1886, S. 45) ein Fall von „Strictura simplex oesophagi" gesehen wurde bei einer 57jährigen Frau, die stets Schwierigkeiten beim Schlucken gehabt hatte. Sie war wohlgenährt; eine olivenförmige Bougie (Filûre No. 29) passirt aber nur mit grosser Schwierigkeit und die Wand des Oesophagus wird eng der Bougie anliegend den ganzen Weg vom Pharynx bis zur Cardia gefühlt.

Bei einem 20jährigen Mädchen, das Lauge getrunken hatte, wurde mittelst eines Oesophagotoms die Oesophagotomia interna gemacht. um eine Strictur zu spalten, aber ohne Resultat. es musste später Oesophagotomia externa (Iversen) gemacht werden. AUTOREFERAT.

3) **J. C. Holm** (Norwegen). **Hals- und Kehlkopfkrankheiten.** (**Hals- og Strubesygdomme.**) *Norsk Magazin for Lägevidenskaben. p. 275. April 1887.*

In einem Bericht aus dem Bad Laurviks erwähnt der Verf. ohne weiteres Specificiren, dass er 123 Fälle von Leiden obengenannter Theile beobachtet hat. Zu bemerken ist nur, dass er in 2 Fällen von Aphonia nervosa Massage der vorderen Seite des Halses angewandt hat, ohne dadurch eclatante Resultate zu erzielen. SCHMIEGELOW.

4) **Boursier** (Bordeaux). **Klinisch-chirurgische Vorlesungen im Hospital St. André in Bordeaux. (Leçons de clinique chirurgicale faites à l'hôpital St. André de Bordeaux.)** Paris. Steinhel ed. 1887.

In den von B. gehaltenen klinischen Vorlesungen finden sich einige Capitel über Fragen. die unsere Specialität berühren. So beschreibt der Autor Thyreohyoidcysten; den Gefässkropf, die Laryngotomia intercrico-thyroidea, die Papillome des Gaumensegels und endlich die Polypen des Nasenrachenraumes. Es handelt sich um klinische Vorlesungen, die zwar verständig gehalten sind. jedoch dem Specialisten nichts Neues bringen. E. J. MOURE.

5) **P. Pieniązek. Supplemente zur Laryngoskopie. (Uzupetnienie do dzieta wtasnego p. t. Laryngoskopia, wydanego w 1879 r. w Krakowie.)**

Die schnelle Entwicklung unserer Specialität nöthigte den Verf., sein im Jahre 1879 in Krakau veröffentlichtes Handbuch der Laryngoscopie durch einen neuen Beitrag zu ergänzen. Derselbe, 5 Druckbogen stark, behandelt hauptsächlich diejenigen Capitel, die der Verf. durch eigene Erfahrung geprüft resp. durch eigene Methoden erweitert hat. Hierher gehören die Capitel: über submucöse Injection von Cocain zur Erlangung von Anästhesie im Larynx, die Schwierigkeiten der Entfernung der Trachealcanüle, der Nachbehandlung der Tracheotomie und über verschiedene Formen von Trachealcanülen, ferner das Capitel über Croup und Diphtherie. Das kleine Büchlein enthält ausserdem eine Beschreibung der electrischen Beleuchtungsapparate, einen kurzen Beitrag zum Rhinosclerom und Lupus laryngis. Die Ausführungen des Verf.'s sind originell, beweisen den erfahrenen und gewandten Forscher und zeigen überhaupt bei der Behandlung seine Vorliebe zum energischen resp. chirurgischen Eingreifen. Ein für den praktischen Arzt bestimmtes therapeutisches Receptverzeichniss beschliesst das nützliche Ganze.

T. HERYNG.

6) **F. Rumbold. Zusätze zur medicinischen Nomenclatur der Nasen- und Halskrankheiten. (Additions to the medical nomenclature of the diseases of the nose and throat.)** *St. Louis Med. and Surg. Journal. August 1887.*

Die „zur Erleichterung der Deutlichkeit und zur Verhütung von Missverständnissen“ vorgeschlagenen Namen sind: Ethmoiditis anterior; Ethmoiditis posterior; Sphenoiditis; Sinitis frontalis; Nasoantritis (Entzündung des Antrum); Nasoseptitis (Entzündung des Septum); Velitis palati (Entzündung des weichen Gaumens). W. J. SWIFT (LEFFERTS).

7) **Bedford Brown. Erysipel des Pharynx und Larynx, epidemisch und sporadisch. (Erysipelas of the pharynx and larynx epidemic and sporadic.)** *Journal of the Am. Med. Association. 2. Juli 1887.*

Bei der Behandlung dieser furchtbaren Krankheit zieht Brown die dem Erysipel beiwohnende Eigenschaft, seinen Sitz von einem Organ in das andere durch Metastase zu verlegen, in Betracht. Um nun diesen Uebergang herbeizuführen, versucht er eine ausgedehnte Erweiterung der Hautcapillaren hervorzurufen und hält einen ausgedehnten Gegenreiz für hauptsächlich indicirt, welchen er durch einen Sinapismus auf den ganzen Hals, Brust und Rücken mit Bedeckung der Schulterblätter zu bewirken sucht. Er fand dies in jeder Hinsicht wirksam,

indem die Schwellung im Hals beseitigt und die Dyspnoe sehr schnell gebessert wird. Nach wenigen Stunden entwickelt sich nämlich ein Erysipel der Brust- und Rückenfläche. Epispastica, Ammonium, Terpentin sind zu vermeiden, da sie eine zu heftige Entzündung erregen können.

Nach Ansicht des Verf.'s ist die cerebrale Complication des Erysipels nicht durch Metastase, sondern durch Embolie einiger Hirngefässe bedingt. In Fällen, wo diese Complication droht, wendet er salicylsaures Ammonium mit besserem Erfolge an, als die übliche Eisenchloridtinctur und das Chinin.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

8) Unna (Hamburg). **Locale Tuberculose bei Kindern.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 46. S. 1007. 1887.*

Im Hamburger Verein berichtet U. über folgende Fälle: 1. Lupus hypertrophicus der Lippe und der Nase. 2. Lupus der Nase und der Wange. Behandlung mit sehr starkem Salicyl-Kreosot-Pflaster.

B. FRAENKEL.

9) J. Rabl (Hall in Ober-Oesterreich und Wien). **Ueber Prophylaxis und Therapie der Lues congenita tarda.** *Wiener med. Blätter. No. 33. 1887.*

Auszug aus der neuerscheinenden Monographie Rabl's „Ueber Lues congenita tarda". Wien. Toeplitz u. Deuticke. 1887.

CHIARI.

10) T. Bobone (San Remo). **Hereditäre Syphilis mit schweren Läsionen der Haut, der Zunge, des Gaumensegels, des Ohres, des Kehlkopfes und mit Stenose der Trachea. (Sifilide ereditaria con gravi lesioni della pelle, della lingua, del velo pendulo, dell' orecchio, della laringe e stenosi della trachea.)** *Bolletino delle malattie dell' orecchio, della gola e del naso. No. 6. 1887.*

16jähriges Mädchen mit Husten und Athemnoth; Ulcerationen und Narben der Haut, speciell Narbenzüge oberhalb der Clavicula, die mit dem Kehlkopf verwachsen sind und dessen Bewegungen hindern. Nase abgeflacht. Keine Septumperforation. Im weichen Gaumen 3 Perforationen. Die Zunge zeigt an ihrem rechten Rand einen grossen Substanzverlust und ist ausserdem von Narben durchzogen. Kehlkopfschleimhaut verdickt geröthet. Ulcerationen der Epiglottis. Unter dem rechten Stimmband ein demselben paralleler Narbenstrang. Im rechten Gehörgang eine Narbe, die das Trommelfell ans Promontorium zieht. Linkes Trommelfell weiss, eingezogen, Lichtkegel fehlt. Gehör minimal. Die Stenose der Trachea wird nicht allein durch die Narbe unter dem rechten Stimmband erzeugt, sondern wahrscheinlich durch ulceröse Processe in der Tiefe, da sie sich während der Behandlung bessert. Dieselbe besteht in der Anwendung von Jod innerlich und Mercur äusserlich. Nach einer Woche entschiedene Besserung der Erscheinungen. Die Behandlung wird fortgesetzt.

KURZ.

11) H. H. Clutton (London). **Ein Fall von altem Lupus der Nase mit frischer tuberculöser Ulceration der Lippe, des Gaumens, Rachens und Kehlkopfs. (A case of old lupus of the nose with recent tubercular ulceration of lip, palate, pharynx and larynx.)** *Clinical Society's Transactions. Vol. XX. p. 264. London. 1887.*

Der Titel giebt das Wesentliche des Falles wieder, hinsichtlich dessen De-

tails und sorgfältig beschriebenen Verlaufs auf das Original verwiesen werden muss, in welchem sich auch eine treffliche illustrirte Abbildung der Verhältnisse an der Lippe und am Gaumen findet. Der Patient war ein 15jähriger Knabe. — Nicht ganz klar ist es dem Ref., warum der Verf. dem augenscheinlich identischen Process an der Nase und den anderen erwähnten Theilen zwei verschiedene Namen giebt? In den Lungen waren nur leichte abnorme Zeichen in der linken Spitze vorhanden. Einer Untersuchung auf Tuberkelbacillen wird nicht Erwähnung gethan. Die Augen wiesen nach Mr. Nettleship's Ansicht unzweifelhafte Anzeichen hereditärer Syphilis auf. Also im Ganzen recht schwierig zu beurtheilender Fall.

SEMON.

b. Nase und Nasenrachenraum.

12) **M. A. Fritsche** (Berlin). **Zur Therapie der acuten Coryza.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 27. S. 496. 1887.*

Fr. giebt beim Schnupfen 1. Acid. salicylic. 0,2—0,3 in Oblaten 2—3stündlich, 2. ein Riechmittel, welches er Olfactorium aceto-carbolicum nennt. Rp. Acid. acetic. glacial. Acid. carbolici ana 2,0, Mixtur. ol. balsamic. 8,0, Tinct. Moschi 1,0. Ds. 50 Tropfen auf Watte zu giessen, die in einer kleinen weithalsigen Flasche befindlich ist, und anfangs alle halbe Stunden, später in grösseren Intervallen je 10 Minuten lang abwechselnd mit jedem Nasenloch unter stetem Aufziehen zu riechen.

B. FRAENKEL.

13) **G. Firwe** (Christiania). **Blenorrhoea nasi.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 35. S. 652. 1887.*

Fall von Empyem des Antrum geheilt durch die Mikulicz'sche Operation, mit Bemerkungen über die differentielle Diagnose der verschiedenen Formen von Naseneiterung.

B. FRAENKEL.

14) **W. J. Penny** (Bristol). **Ueber Rhinitis. (On rhinitis.)** *Bristol Med.-Chirurg. Journal. Juni 1887.*

P. liefert einen Abriss der Rhinitis in ihren verschiedenen Formen, erläutert durch den Hinweis auf Fälle, welche in seine eigene Beobachtung kamen. Ebenso beschreibt er die Behandlung, welche bei jeder Form am zweckmässigsten ist. Zum Schluss lenkt er die Aufmerksamkeit auf den Werth der Indicationen hinsichtlich des Zustandes der Nase, welche man oft durch eine Untersuchung des harten Gaumens vom Mund aus erhält.

A. E. GARROD.

15) **Carl Seiler. Chronische Rhinitis: ein ätiologischer Factor für die Acne des Gesichts. (Chronic rhinitis as an etiological factor of acne of the face.)** *New-York Med. Journal. 22. October 1887.*

Acne vulgaris et rosacea kommen oft gleichzeitig mit Rhinitis und besonders mit der atrophischen Form des Nasencatarrhs vor. S. ist zu dem Schluss gekommen, dass diese Form der Nasenerkrankung in vielen Fällen die veranlassende Ursache für Acne ist. Die vielen prädisponirenden Ursachen, welche von den verschiedenen Autoren angegeben werden, weisen darauf hin, dass irgendwo ein

Reiz des Nervensystems vorhanden sein muss, sei es in der Magenschleimhaut oder im Geschlechtsapparat, welcher reflectorisch auf die leicht zu beeinflussende Capillarcirculation der Gesichts- und Halshaut einwirkt. Dadurch ruft er eine Veränderung in den Capillaren rings um die Talgdrüsen hervor und bewirkt eine perverse Thätigkeit dieser Drüsen, wenn jene längere Zeit fortbesteht oder keine Herabsetzung des Blutdrucks eintritt. S. hegt die Ansicht, dass das die Nasenmuscheln bedeckende cavernöse Gewebe solch eine Herabsetzung besorgt, und dass dies eine der Functionen des erectilen Gewebes des Körpers sei. Diese Ansicht wird durch die Thatsache bekräftigt, dass bei geistiger Aufregung, welche eine Röthung des Gesichts hervorruft, das cavernöse Gewebe in der Nase anschwillt, während bei jeder Gemüthsbewegung, welche das Gesicht erbleichen lässt, auch das erectile Gewebe der Nasenmuscheln blasser wird und deutlich an Umfang verliert: Thatsachen, die jedem Laryngologen bekannt sind. Fehlt dieses cavernöse Gewebe oder ist es sehr vermindert, wie dies bei der atrophischen Rhinitis der Fall ist, so findet nur eine geringe oder gar keine Herabsetzung des excessiven Blutdrucks in der Capillarcirculation der Haut und des Gesichts statt, und das Resultat wird eine Acne sein, falls die prädisponirenden Ursachen vorhanden sind. In den, in dem Artikel citirten Fällen verschwand die Acne pari passu mit der Wiederherstellung des cavernösen Gewebes, und so dürften sie von gewisser Wichtigkeit erscheinen als klinische Beweise für diese Theorie.

LEFFERTS.

16) F. Felici (Rom). **Seltener Ausgang der chronischen scrophulösen Rhinitis. (Esito raro della rinite cronica scrofolosa.)** *Bolletino delle malattie dell' orecchio, della gola e del naso. No. 6. 1887.*

Bei einem 58jährigen, mit Otitis catarrhalis media behafteten Mann fanden sich in der Nase die folgenden Veränderungen: In der linken Nasenhöhle fehlten die Muscheln gänzlich, eine fibröse Membran schloss die Höhle gegen die Choanen zu ab, die Schleimhaut des Septum war in ein trockenes gelblich-weisses Gewebe verwandelt; gegen das Ende des Nasenganges eine ringförmige Narbe. (Das linke Ohr war stärker afficirt.) In der rechten Nasenhöhle waren die Muscheln auf ein Minimum reducirt. Es fanden sich weder der für Ozaena charakteristische Fötor, noch die Borken; Verf. schliesst daher Ozaena aus, ebenso wegen Fehlens der charakteristischen Erscheinungen Lupus und Syphilis. Er hält die Veränderungen für die Folgen einer scrophulösen Rhinitis.

KURZ.

17) Herzog (Graz). **Ueber Naseneiterungen.** Mittheilungen des Vereins der Aerzte in Steiermark. XXIII. Vereinsjahr. Graz. 1886. Leuschner u. Lubensky. 1887.

H. bespricht hier die Formen von Catarrh mit rein eitrigem Secrete und unterscheidet 2 Gruppen.

I. Diffuse Naseneiterungen.

Sie entstehen in Folge von Masern, Scharlach, Blattern, von Infection der Neugeborenen durch Trippersecret, von chronischer Blennorrhoe, Scrophulose (besonders die Ozaena scrophulosa), Lupus und Syphilis. Ausser der Behandlung der Grundkrankheit ist immer auch locale Behandlung einzuleiten. Bei Ozaena scrophulosa ist eine Heilung wohl nicht möglich; bei den anderen Formen erzielte

H. öfters völlige Heilung durch Douchen mit Kali chloricum oder Alum. acet. tartar., Insufflationen von Borsäure, Jodol, Argentum nitricum und Bepinselungen mit Jodglycerin und Milchsäure und Gelatinebougies.

II. Circumscripte Naseneiterungen.

Diese sind einseitig, Morgens stärker als Abends und oft mit Schwindel und Kopfschmerz combinirt. Betheiligung der Nebenhöhlen lässt sich nur schwer constatiren. Die Ursachen sind die gleichen, wie bei den diffusen, nur kommen noch Zahnleiden und andere locale Affectionen in Betracht. Die Behandlung ist die gleiche, wenn nicht die locale Ursache direct behoben werden kann. Einige Krankengeschichten geben gute Belege für H.'s Ansichten, die übrigens nicht von denen der meisten anderen Autoren abweichen. Sein Verdienst ist es aber, auf diese besonders lästige Form des Nasencatarrhs besonders aufmerksam gemacht und gezeigt zu haben, dass man durch ausdauernde Anwendung der verschiedenen Heilmittel recht gute Erfolge erzielen kann. CHIARI.

18) **Arthur Hartmann** (Berlin). **Ueber Croup der Nasenschleimhaut. Rhinitis fibrinosa.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 29. S. 641. 1887.*

Hartmann beschreibt eine Krankheit, die, unter dem Bilde eines acuten Schnupfens beginnend, zu fibrinöser Exsudation und Bildung von Pseudomembranen in der Nase führt. Letztere können, nach Entfernung etwa im Orificium vorhandener flüssiger Secrete, leicht gesehen und mittels einer Pincette oder Wattetampons stückweise oder in ihrer Totalität entfernt werden. Sie führen zu einer Verstopfung der betr. Nasenhöhle. Die Krankheit hat keine Tendenz, auf andere Organe sich auszubreiten, heilt vielmehr nach 8—14 tägigem Bestehen, während welcher Zeit die entfernten Membranen sich neu bilden. Die Krankheit ist idiopathisch und werden keine Uebertragungen auf andere Personen beobachtet. H. sah sie sechsmal, und zwar nur bei Kindern. (Ref. sah sie auch bei Erwachsenen.) Die Diagnose beruht auf dem Nachweis der Membranen. Behandlung: Entfernung der Membranen und Bepudern mit Jodoform. Ref., der diese Krankheit mehrfach gesehen hat und die Angaben H.'s bestätigen kann, möchte vor dem Gebrauch des Namens „Croup“ bei dieser Affection warnen. Croup ist eine klinische Bezeichnung und bezeichnet acute Kehlkopfstenose. Rhinitis fibrinosa sagt Alles, was gesagt werden muss und kann zu keinen Verwechslungen Veranlassung geben. B. FRAENKEL.

19) **Moldenhauer. Ueber croupöse Entzündung der Nasenschleimhaut.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 9. 1887.*

Anknüpfend an die von Hartmann mitgetheilten Fälle von Croup der Nasenschleimhaut, bespricht M. einige selbst gesehene derartige Fälle. Ein Zusammenhang mit Diphtherie war nicht vorhanden, in drei Fällen war überhaupt jede anderweitige allgemeine oder locale Störung auszuschliessen; nur bei einem Mädchen fanden sich bei der ersten Untersuchung beschränkte Plaques auf den Tonsillen, doch war kein Fieber vorhanden. In drei Fällen war nur die eine Nasenhöhle erkrankt, in einem Falle beide. Die Diagnose liess sich nur durch die Inspection machen. Die mechanische Entfernung der Membranen verwirft M., da sich dieselben doch stets wieder erneuern, auch fürchtet er von dem Jodoform

Vergiftungserscheinungen; er empfiehlt warme Inhalationen, wie bei Rachendiphtherie. SCHECH.

20) **G. S. Ryerson. Ein Fall von pseudomembranöser Rhinitis. (A case of pseudomembranous rhinitis.)** *New-York Med. Record. 30. Juli 1887.*

Bericht über einen Fall dieser äusserst seltenen Krankheit. Die Membran bildete sich einige Tage weiter und wurde von Zeit zu Zeit durch Schnauben ausgestossen. Die Nase war äusserlich heiss und geschwollen. Die Behandlung bestand in äusserlicher Application einer Salbe (von 1,5 Calom. auf 30,0 Vaselin) auf die Nase und Cauterisation der Schleimhaut mit einer $12^1/_2$proc. Arg.-Lösung nach Bepinselung mit Cocain. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

21) **O. Seifert. Ueber Croup der Nasenschleimhaut.** *Münchener med. Wochenschrift. No. 38. 1887.*

Anschliessend an die Publication von Hartmann, theilt Verf. einige Fälle von Croup der Nasenschleimhaut mit, die er selbst beobachtete. Bei einem Erwachsenen dauerte die Affection volle 3 Wochen, indem sich die gewaltsam entfernten Membranen trotz Jodoleinpinselungen immer wieder bildeten; auch blieb in diesem Ealle eine Verwachsung der unteren Muschel mit dem Septum zurück. In 2 anderen, Kinder betreffenden Fällen trat die Affection in Verbindung mit Lacunärangina auf und vermuthet Verf. Infection. SCHECH.

22) **Tedenat. Echte Ozaena. (L'ozène vrai.)** *Montpellier méd. Bd. IX. No. 3. August 1887.*

T. acceptirt die Theorie von Zaufal. Er empfiehlt an Stelle der Gottstein'schen Tampons die Anwendung von Kautschukröhren, welche 6—8 mm im Durchmesser haben und 4—6 cm lang sind. Sie werden schräg von unten nach oben und aussen eingeführt. Alle 3 oder 4 Tage sind Nasenbäder angezeigt. E. J. MOURE.

23) **R. Williams** (Wigan). **Ueber Ozaena. (On ozaena.)** *Liverpool Med.-Chirurg. Journal. Juli 1887.*

Ein sehr vollständiges Capitel über die in Rede stehende Krankheit. Die einzigen Punkte von speciellem Interesse sind folgende:

1. Die zuweilen vorgefundene Einsenkung des Nasenrückens erklärt Williams mit der Annahme, dass der bei der Ozaena vorhandene atrophische Zustand die Nase mit weniger Blut versorgt, und dass deshalb das Skelett in seinem Wachsthum nicht gleichen Schritt mit den anderen Theilen des Gesichts hält.

2. Er hat die Ozaena häufig mit Taubheit complicirt gefunden, im Gegensatz zu den Erfahrungen von Löwenberg.

3. Die Häufigkeit des Verschlusses der Thränenwege als Complication der Ozaena. M'BRIDE.

24) **W. Reimann. Ueber Mikroorganismen im Nasensecret bei Ozaena.** Dissert. Würzburg. Paul Scheiner. 1887.

Nach Zusammenstellung aller bisher im Nasensecret nachgewiesenen Microorganismen geht R. zu seinen eigenen Versuchen über. In dem normalen Nasen-

secret fand er regelmässig 2 Arten, die isolirt und gezüchtet wurden, und zwar 1. plumpe Stäbchen mit abgerundeten Enden, viel dicker als lang, ferner 2. kleine Coccen, welche meist zu 2, häufig aber auch in längeren Ketten aus 6—8 Gliedern zusammengesetzt sind. Bei Ozaena fand R. einen Bacillus in Form von kleinen Stäbchen, halb so gross wie Tuberkelbacillen, aber leicht gebogen. Die mit diesem, wie Verf. glaubt, noch nicht beschriebenen Bacillus gemachten Impfversuche ergaben, dass er unzweifelhaft Sepsis erzeugt; er konnte jedoch nur in einem Falle von Ozaena gefunden werden, während er in den übrigen Fällen fehlte. In welcher Beziehung er zu Ozaena steht, wagt R. nicht zu entscheiden, doch behauptet er, dass er mit dem Löwenberg'schen Ozaenococcus nicht identisch ist. Ausserdem fand R. in dem Ozaenasecret noch schlanke Stäbchen, kleine Coccen und äusserst kleine Stäbchen. Pneumoniecoccen konnte er niemals finden.

SCHECH.

25) **Ferret. Meningitis tuberculosa nach einem einfachen Débridement des Nasenkanals bei einem skrophulösen Individuum. (Méningite tuberculeuse consécutive à un simple débridement du canal nasal chez un sujet scrofuleux.)** *Progrès méd. 8. October 1887.*

Eine Dame von 38 Jahren litt an einer intensiven Ozaena und an Dacryocystitis, gegen welch' letztere eine kleine Operation Hülfe bringen sollte. Die Operation verlief normal; kurz darauf aber trat Meningitis auf, der die Kranke erlag. Nichts beweist den causalen Zusammenhang zwischen Operation und Meningitis: sollte es sich hier nicht um eine syphilitische Coryza mit Necrose der Schädelbasis gehandelt haben?

E. J. MOURE.

26) **Dupont. Studie über die Syphilis der Nase und der Nasenhöhlen. (Etude sur la syphilis du nez et des fosses nasales.)** *Thèse de Bordeaux. 1887.*

Mit Beziehung auf einen vom Ref. beobachteten Fall von hartem Schanker der Nasenhöhle und einige Fälle von Plaques muqueuses der Nase liefert D. seine Inauguraldissertation über diesen Gegenstand.

Gestützt auf die Beobachtung von Spencer Watson und auf die des Ref., beschreibt er das Aussehen, welches die primär syphilitische Affection der Nasenhöhlen darbietet und die Charaktere, an welchen man sie erkennen kann. Nebenbei verweist er auf den Schanker der Tuba Eustachii und die Art und Weise, wie man diese Affectionen einimpfen kann. Was die Secundärerscheinungen betrifft, so behauptet er, dass, wenn auch die Plaques muqueuses in der Nase selten seien, die Erosionen und Excoriationen des Naseneingangs im Gegentheil sehr häufig wären. Er beschreibt auch deren Charaktere. Die Behandlung ist die der Syphilis.

E. J. MOURE.

27) **Cartaz (Paris). Nasentuberculose. (De la tuberculose nasale.)** *France méd. No. 84, 85, 86 u. 87. 19., 21., 23. und 26. Juli 1887.*

C. erinnert daran, dass die Nasentuberculose bisher wenig studirt worden ist und dass diese Affection wenig bekannt sei. Ihre Geschichte ist eine sehr beschränkte, da die in der medicinischen Literatur zerstreuten Beobachtungen zusammen mit denen des Verf.'s im Ganzen 18 Fälle ausmachen.

Nach der veröffentlichten Statistik befällt die Nasentuberculose beide Geschlechter gleichmässig. Sie stellt sich unter drei Formen dar: ulceröse, vegetative (Gumma oder Granuloma) und Lupus. C. lässt letztere Affection bei Seite, da ihm deren Grenzen nicht genügend festgesetzt scheinen. Die Affection hat eine besondere Vorliebe für die Scheidewand, was die vegetative Form betrifft. C. reproducirt die Beobachtungen von Schaeffer. Die Diagnose wird gesichert durch die Anwesenheit von Tuberkeln und die begleitenden Läsionen von Seiten des Schlundes, des Kehlkopfs und der Lungen.

Der Galvanocauter, die Milchsäure und das Jodoform finden abwechselnd Anwendung neben der Allgemeinbehandlung.

Es handelt sich hier um eine bedeutende Monographie über einen wenig bekannten Gegenstand. Er ist von dem Autor sowohl vom klinischen Standpunkte aus, wie rücksichtlich der Literaturangaben gut behandelt worden.

E. J. MOURE.

28) C. W. Dulles. **Eine einfache Methode, um Flüssigkeiten in die Nasenhöhle zu bringen. (A simple way to apply fluids to the nasal cavity.)** *Med. and Surg. Reporter. 6. August 1887.*

„Nimm ein Reagenzröhrchen, ca. 12 cm lang und $1^1/_2$ cm weit, und fülle es mit der anzuwendenden Lösung. Oeffne den Mund und athme durch denselben. Stecke das offne Ende des Röhrchens in ein Nasenloch, drücke den Rand gegen den Nasenflügel, um einen guten Abschluss zu erzielen. Hierauf bringe den Kopf zurück und erhebe das geschlossene Ende des Röhrchens, so dass die Flüssigkeit in das Nasenloch fliesst. Athme durch den Mund. Dann wird die Flüssigkeit in die Nase laufen, nach hinten in den Nasenrachenraum gelangen und kann veranlasst werden, rings um das Septum bis zur Höhe des weichen Gaumens zu gehen und aus dem anderen Nasenloch herauszutreten. Wenn man den Kopf ein wenig bewegt, so kann die Flüssigkeit jeden Punkt in der Nase erreichen und mit ihm so lange in Berührung bleiben, als man wünscht."

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

29) Wm. J. Swift. **Ein Nasenspeculum. (A nasal speculum.)** *New-York Med. Record. 12. November 1887.*

Das Instrument ist eine Combination von Fränkel's Nasenspeculum und Noye's Augenspiegel. Die Feder an dem einen Ende dient dazu, die Blätter offen zu halten, während die Schraubenhülse dazu dient, die Weite ihres Auseinandergehens zu reguliren.

LEFFERTS.

30) Jelenffy (Budapest). **Ein neuer fixirbarer Nasenspiegel.** *Berl. klin. Wochenschrift. No. 30. S. 549. 1887.*

Nach J. soll ein Nasenspiegel 1. den Raum unterhalb der Nasenöffnungen frei lassen, um Beleuchtung und Bewegungen nicht zu behindern; 2. für Operationen fixirbar sein, um beide Hände frei zu lassen; 3. die Nasenspitze heben können. In der Absicht, diesen Anforderungen zu genügen, hat J. einen Nasenspiegel construirt, dessen Blätter von oben her sich in die Nase hineinbiegen. Diese sind nur ca. 2 cm lang. Sie öffnen sich durch Verschieben. Soll der Spiegel zur Operation dienen, so endigt er in einem 2 mm dicken Draht aus plötzlich

abgekühltem Kupfer, dessen Biegsamkeit die Fixirung des Spiegels an einer Stirnbinde von jedweder Stellung aus möglich macht, wobei zugleich die Nasenspitze gehoben werden kann. Zur gewöhnlichen Untersuchung geht das eine Blatt in eine, dem oberen Theile eines Fragezeichens ähnlich gekrümmte Röhre über, das zweite in einen in dieser Röhre verlaufenden Stahldraht. Der Griff kann dem der Stoerk'schen Guillotine nachgebildet sein, dann ist die Bewegung des Instrumentes wie bei dieser; oder es kann ein von J. hierzu construirter Griff in Anwendung kommen, der die Lage der Blätter in der jeweiligen Eröffnungsweite durch mechanische Fixirung sichert. Bei dieser Gestalt des Instrumentes befindet sich die haltende Hand, welche auch diejenige des Patienten sein kann, in der Höhe der Brust des Patienten. (J. ist gern erbötig, bis sein Spiegel in Schwung kommt, die Exemplare vor der Absendung zu controliren.)

B. FRAENKEL.
(Unter Benutzung eines Autoreferats.)

c. Mundrachenhöhle.

31) P. McBride (Edinburgh). **Das adenoide Gewebe an der Zungenbasis als ein Faktor für Halssymptome. (The adenoid tissue at the base of the tongue as a factor of throat symptoms.)** *Edinburgh Med. Journal. Sept. 1887.* Und früher *Med. Chir. Soc. 6. Juli 1882.*

Zunächst wird kurz auf die Anatomie des Tonsillargewebes hingewiesen, wie man es im Hals und Nasenrachenraume findet. Hierauf wird Swain's Arbeit erwähnt, ebenso die Beobachtungen von Heymann, Stoerk, Betz, Rice und Michael aus Hamburg (brieflich mitgetheilt; die Beobachtungen wurden 1883—1885 gemacht.) Mc Bride beschreibt die laryngoscopischen Erscheinungen in solchen Fällen und behauptet, dass in Fällen, wo der Zustand nicht sehr ausgesprochen ist, die Hypertrophie des Lymphgewebes an der Zungenbasis am besten sichtbar ist, wenn die Zunge nicht vorgestreckt wird. Hinsichtlich der Symptome legt er den meisten Werth auf das Stechen und das Gefühl eines Fremdkörpers. Beides am meisten ausgesprochen, wenn die Zunge nach hinten gezogen wird. Diese Erscheinungen erklären sich durch den Umstand, dass in dieser Klasse von Fällen die Zungenbasis und die Epiglottis sich berühren und dadurch das Gefühl eines Fremdkörpers erzeugt wird. — Es wird sodann auf die neue Arbeit von Seifert hingewiesen, in der vier verschiedene Behandlungsmethoden empfohlen werden. Was Mc Bride betrifft, so hat er Chromsäure und Arg. nitr. angewandt. Ein typischer, 1886 beobachteter, Fall wird ausführlich beschrieben. Mc Bride protestirt gegen Swain's Versuch, die grosse Menge der sog. hysterischen Halsaffectionen in diese Categorie zu bringen. Er citirt einen Fall, in welchem die vorhandenen Halssymptome denen ähnlich waren, die man bei lymphoider Hypertrophie der Zunge neben Anosmie findet und wo die Localbehandlung keine Besserung erzielte, während Cocain Heilung bewirkte.

Zum Schluss stellt er den Satz auf, dass die Application von Cocain auf die Oberfläche der Epiglottis und den entsprechenden Theil der Zunge von Nutzen sein wird zur Bestimmung, ob die Symptome, über welche geklagt wird, von dieser Stelle ausgehen oder nicht.

AUTOREFERAT.

32) **Lennox Browne. Eine unbekannte Ursache gewisser Halsbeschwerden. (An unrecognized cause of some throat ailments.)** *Philad. Med. News. 8. Oct. 1887.*

B. glaubt nicht, dass der Globus hystericus eingebildeten Ursprungs sei. Er bezeichnet eine Anzahl von Ursachen hierfür, darunter: 1) Ein varicöser, bisweilen sogar echter hämorrhoidaler Zustand der Venen an der Basis des Zungenrückens. manchmal an der unteren Fläche und an den Seiten; in letzterem Fall kann dies ein Symptom der Mitralinsufficienz, oder schwerer Leberstörungen, ja selbst einer Gehirnaffection sein. Oft findet sich auch ein ähnlicher varicöser Zustand der Gefässe an der oberen Fläche der Epiglottis. 2) Eine Schwellung der Papillae circumvallatae auf dem Zungenrücken, die die Epiglottis in ihrer freien Beweglichkeit hindert. LEFFERTS.

33) **Roth** (Wien). **Ueber haarförmige Bildungen an der Zunge.** *(Wiener med. Presse. No. 26 u. 27. 1887.*

R. fand bei 2 sonst gesunden Männern auf der Zungenoberfläche (einmal sehr ausgedehnt) einen dicken gelbbräunlichen Belag, aus dem sich haarähnliche Gebilde von $^1/_2$—1 Ctm. Länge erhoben. Der Belag bestand aus den verschiedensten Pilzarten und einigen Epithelzellen, die haarähnlichen Gebilde aus verhornten Epithelien und dazwischen eingelagerten Haufen von Micrococcen. In einem Falle (der Patient war ein Raucher) waren die Haare schwarzbraun, in dem zweiten (Nichtraucher) gelblich; im 2. Falle bestand Foetor ex ore, im ersten nicht, welche beide Umstände R. aus dem Einflusse des Tabakrauches erklärt. R. führt dieses seltene Vorkommen auf die Anhäufung von den verschiedensten in der Mundhöhle vorfindlichen Schizomyceten zurück, welche durch besonders günstige Umstände (als Mundkatarrh, cariöse Zähne) zu hochgradiger Vermehrung gelangten und wieder ihrerseits die Epithelien an den Spitzen der fadenförmigen Papillen zur Wucherung anregten. Eine Reincultur der Pilze war wegen ihrer grossen Mannigfaltigkeit nicht möglich. Jedenfalls aber liess sich weder Oidium albicans noch Sarcina nachweisen; auch Leptothrix kam nur in kleinen Mengen vor. Auch von Nigrities linguae liessen sich die beiden Fälle leicht abgrenzen.

Als Therapie erwies sich die Bepinselung mit 10proc. Salicylsäurelösung in Alkohol und noch sicherer mit 10proc. Sublimatlösung wirksam. CHIARI.

34) **Louis Henry** (Melbourne). **Ein eigenthümlicher Zustand der Zunge, dem Beef-steak ähnelnd. (A peculiar condition of the tongue resembling beef-steak.)** *Australian Medical Journal. 1887.*

H. berichtet über drei Patienten, sämmtlich Frauen, brünett und an schwerer Dyspepsie leidend. Jede derselben hatte eine Zunge, die, offenbar des Epithels und der Papillen beraubt, nach allen Richtungen gespalten und einem rohen Beef-steak ähnlich war.

In einem Fall bestand grosser Schmerz in der Zunge, sobald heisse Dinge genossen wurden.

In einem anderen Fall fand er, dass Mutter, Bruder und Schwestern der der Patientin ähnliche Zungen hatten.

Das Leiden war ein sehr chronisches in allen Fällen. Ueberall bestand auch Schwäche und nervöse Reizbarkeit. A. E. GARROD.

35) **Marmaduke Sheild** (London). **Acute Glossitis, complicirt mit Trismus. (Acute glossitis complicated by trismus.)** *Brit. Med. Journal. 12. November 1887.*

Vortrag vor der Medical Society of London am 7. November 1887. Bei einem 6jährigen Kinde erfolgte während der Genesung von Tonsillitis plötzlich enorme Schwellung der Zunge mit krampfhafter Contraction der Kinnladen. Ernste Dyspnoë und complete Aphagie. Ausgiebige Scarificationen unter Chloroform, gefolgt von profuser Blutung. Die Zunge verkleinerte sich sofort, der Kinnbackenkrampf liess allmälig nach, eine Zungenlähmung blieb mehrere Tage zurück. — Während der Verfasser ursprünglich geneigt war, die secundäre Affection als directe Ausbreitung des Tonsillenleidens anzusehen, regte in der Discussion Dr. Sydney Phillips die Möglichkeit septischen Unsprungs an, die denn auch von Sheild concedirt wurde. SEMON.

36) **Bernard Rolton** (Rugby). **Ein schwerer Fall von acuter Glossitis. (Severe case of acute glossitis.)** *Lancet. 16. Juli 1887.*

R. beschreibt einen Fall, in dem eine Glossitis mit beängstigender Schnelligkeit bei einem schweren Abendbrot von Austern, Gurken, Zwiebeln und Schnaps auftrat. Die Schwellung der Zunge war so gross, dass Erstickung drohte. Die geschwollenen Gebilde unterhalb der Zunge wurden energisch punktirt, worauf eine Menge Serum schnell ausfloss. Hierauf konnte die Zunge mit dem Löffelstiel niedergedrückt werden, was jedoch Erbrechen hervorrief.

Die Athmung besserte sich sehr, und in 10 Minuten ungefähr war Patient im Stande, seine Zunge zu bewegen. Die Submaxillardrüsen, welche rechterseits sehr geschwollen waren, begannen zurückzugehen, und der Patient war bald ausser Gefahr. Der Patient schob seine Glossitis auf die Austern, welche einen kupferigen Geschmack hatten. A. E. GARROD.

37) **Verneuil. Eingebildete Zungengeschwüre. (Ulcérations imaginaires de langue.)** *Acad. de méd. de Paris. 27. Juli und 4. October 1887.*

V. erwähnt Fälle von Glossodynie, auf welche er die Aufmerksamkeit lenkt.

Bei dieser Gelegenheit bemerken Fournier, Lollé, Hardy, Luys und Magitot, dass derartige Fälle nicht selten seien und empfehlen für die langwierige Behandlung besonders psychische Einwirkung.

Es handelt sich hier wesentlich um den Specialisten wohlbekannte Vorkommnisse. Wohl Alle hatten Gelegenheit, zahlreiche Fälle von Glossodynie zu sehen und zu behandeln. E. J. MOURE.

38) **Bénard. Beitrag zum Studium der chronischen oberflächlichen epithelialen Glossostomatitis; ihre hydromineralische Behandlung. (Contribution à l'étude de la glosso-stomatite épithéliale chronique superficielle; son traitement hydrominéral.)** Paris. 1887.

Balneotherapeutische Brochüre. E. J. MOURE.

39) **Fournier** (Paris). **Recidivirender Herpes der Zunge. (Herpès récidivant de de la langue.)** *Sem. méd. 13. Juli 1887.*

Es kommt oft bei Syphilitischen, die behandelt und als geheilt angesehen werden, vor, dass kleine Erosionen erscheinen, die man als Erscheinungen der

Syphilis ansieht. Die specifische Behandlung hat keinen Einfluss auf diese Affection.

F. glaubt, dass es sich in diesen Fällen um Herpes buccalis, eine wenig gekannte Krankheit handelt. Er hat ihr den Namen „recidivirend" gegeben wegen ihrer Aehnlichkeit mit derjenigen Affection, welche man an den Geschlechtstheilen beobachtet. F. betont, wie wichtig es sei, diese Diagnose zu kennen, um dadurch eine unnütze mercurielle Behandlung in Zukunft zu vermeiden. E. J. MOURE.

40) **Diday. Recidivirender Herpes der Zunge. (Herpès récidivant de la langue.)** *Soc. méd. de Lyon in Gaz. des hôpit. No. 93. 2. August 1887.*

D. bestätigt einen Theil der von Fournier geäusserten Ideen, aber er hält diese Affection nicht für etwas von der Syphilis absolut verschiedenes. Nach ihm handelt es sich um Kranke, wei welchen die Diathese in gewissem Sinne erloschen, aber belebungsfähig ist. Diese Plaques zeigen übrigens sehr viele Charaktere, durch welche man sie vom Herpes unterscheiden kann. E. J. MOURE.

41) **Coutenot** (Régis). **Angiome der Zunge. (Des angiomes de la langue.)** *Thèse de Paris. 1887.*

C. erinnert daran, dass es J. L. Petit war, welcher zuerst eine Beschreibung dieser Tumoren geliefert hat, deren Aetiologie, Symptomatologie, pathologische Anatomie, Prognose und Therapie er studirt hat. Letztere umfasst drei grosse Methoden: die Cauterisation, die Ligatur der zuführenden Arterien und das Ferr. candens oder die Amputation. Acht Beobachtungen begleiten diese Arbeit. E. J. MOURE.

42) **G. Chiene** (Edinburgh). **Epitheliom der Zunge. (Epithelioma of the tongue.)** *Edinburgh Med. Journal. October 1887.*

Demonstration eines Präparats in der Sitzung der Edinburgh Med. Chir. soc. vom 15. Juni 1887. Mc. BRIDE.

43) **Lockhart Stephens** (Emsworth). **Epitheliom der Zunge; Exstirpation der linken Hälfte derselben. (Epithelioma of the tongue; removal of the left half.)** *Lancet. p. 806. 22. October 1887.*

Ein Fall, bei dem eine Zungenhälfte wegen Epitheliom exstirpirt wurde. Es wurde zuerst die Laryngotomie gemacht und die rückwärtige Wand des Pharynx tamponirt. — Die gewählte Methode war die von Whitehead, nur dass die Muskeln mit einer stumpfen Sonde abwärts zur Arteria lingualis durchrissen wurden. Letztere wurde vor der Durchschneidung unterbunden.

L. bespricht ziemlich ausführlich die Nachbehandlung. A. E. GARROD.

44) **Vilpel** (Klinik von Dr. Desprès). **Krebs der Zunge, Abtragung mittels Ecraseur mit vorhergehender Ligatur beider Artt. linguales. (Cancer de la langue, ablation avec l'écraseur, ligature préalable des deux linguales.)** *Gaz. des hôpit. No. 105. 1. Juli 1887.*

Der Titel zeigt an, um was es sich handelt. E. J. MOURE.

45) **Mollière. Zungenkrebs. (Cancer lingual.)** *La province méd. 10. Juli 1887.*

Eine klinische Vorlesung bei Gelegenheit einer Krankenvorstellung. M. betont besonders die Indicationen für die Operation. E. J. MOURE.

46) **Heurtaux. Krebs der Zunge und des Mundbodens. (Cancer de la langue et du plancher de la bouche.)** *Soc. anat. de Nantes. 22. Juni. — Gaz. méd. de Nantes. 9. Juli 1887.*

Es handelt sich in diesem Falle um einen Mann von 54 Jahren, welcher operirt worden war. E. J. MOURE.

47) **A. E. Barker** (London). **Epitheliom der Zunge und der Drüsen. Entfernung nach Kocher's Methode; Ernährung des Patienten durch eine in der Wunde gelassene Sonde; vollständige Heilung. (Epithelioma of the tongue and glands; removal by Kocher's method; patient fed through a tube contained in the wound; complete recovery.)** *Lancet. 15. October 1887.*

Ein Mann von 58 Jahren hatte ein ausgedehntes Epitheliom der rechten Zungenseite und der gleichseitigen Submaxillarlymphdrüsen. Die Zunge wurde ebenso wie die erkrankten Drüsen nach Kocher's Methode entfernt. Die Methode wurde insofern modificirt. als die Zunge zuletzt vom Mund aus entfernt wurde.

Das Hauptinteresse des Falles liegt in der Ernährung des Patienten nach der Operation durch eine Gummisonde, die durch die Wunde in den Oesophagus geführt wurde. Diese Sonde wurde so lange in situ gelassen, bis der Boden des Mundes nahezu geheilt war. B. rühmt diese Methode sehr, da sie den Theilen völlige Ruhe gewährt. Da keine Nahrung durch den Mund geht, so konnte die Wunde wie andere Wunden behandelt und absolut rein gehalten werden.

Der Shock der sehr ausgedehnten Operation war sehr gering, wahrscheinlich daher rührend, dass die Blutung sofort gestillt wurde. A. E. GARROD.

48) **F. Mc Gill** (Leeds). **Bemerkungen über vier Fälle von Excision der Zunge. (Remarks on four cases of excision of the tongue.)** *Edinburgh Medical Journal. August 1887.*

Es wird eine vorgängige Laryngotomie, gefolgt von einer Tamponade des Pharynx empfohlen. Das Organ wird mit einer Ligatur befestigt und die Operation mit einer Scheere ausgeführt. Hierauf wird ein Jodoformverband angelegt. Mc. BRIDE.

49) **P. K. Pel** (Amsterdam). **Ein Fall von Hemiatrophie der Zunge mit linksseitiger Gaumenlähmung, Atrophie des linken M. sternocleidomastoideus und M. trapezius und linksseitige Recurrenslähmung.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 29. S. 521. 1887.*

Die in der Ueberschrift genannten Veränderungen fanden sich bei einem 34jährigen Mann. Das linke Stimmband stand in Cadaverstellung; die Stimme war rein Sensibilität und Geschmack unverändert. Sehnenreflexe fehlen. P. nimmt eine Bulbärerkrankung als die Ursache der Erscheinungen an, die vielleicht tabisch sei. B. FRAENKEL.

d. Diphtheritis und Croup.

50) J. Renshaw (Manchester). **Ein Vergleich der Gifte der Diphtherie, des Scharlachs und des membranösen Croups, gewonnen durch Versuche bei Thieren. (A comparison of the poisons of diphtheria, scarlet fever and membraneus croup as shown by administration to animals.)** *Practitioner. Februar 1887.*

In dieser interessanten Arbeit theilt R. die Resultate mit, die er durch Einimpfung und innere Darreichung von Diphtherie- und Croupmembranen bei Thieren erhalten hat. Er findet, dass die grauweisse Membran der Diphtherie am giftigsten ist, während die gelbliche relativ wirkungslos ist. Die Membran des Croup verursacht bei Thieren keine Wirkung, mag sie innerlich gegeben oder eingeimpft werden.

R. bringt ferner Beweise, um zu zeigen, dass die Diphtherie weder vom thierischen, noch vom pflanzlichen Zerfall allein herrührt, sondern von einer Combination faulender animaler und vegetabilischer Substanz. A. E. GARROD.

51) T. P. Atkinson (Surbiton). **Die Ursache oder Ursachen der Diphtherie. (The cause or causes of diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. 10. September 1887.*

A. bespricht die Ursachen der Diphtherie mit Rücksicht auf mangelhafte sanitäre Einrichtungen und die Infection von niederen Thieren aus. A. E. GARROD.

52) Thomas Walley (Edinburgh). **Diphtherie beim Menschen und niederen Thieren. (Diphtheria in man and lower animals.)** *Lancet. 22. August 1887.*

In einem sehr langen Brief kritisirt W. einen Bericht von Dr. Turner, in welchem derselbe die Verwandtschaft zwischen der Diphtherie beim Menschen, Pferd, Kuh und Geflügel behauptet. Zunächst bespricht er den Fall beim Geflügel und hegt starken Zweifel über das Vorkommen von echter Diphtherie bei Vögeln. Alsdann wendet er sich zu den Säugethieren und meint, dass er diese Krankheit bei Pferden, Ferkeln und Rindvieh angetroffen habe. Zum Schluss beschreibt er Krankheiten beim Geflügel, welche sehr viel Aehnlichkeit mit Diphtherie haben. A. E. GARROD.

53) A. Wortley. **Bericht über den Zusammenhang einer in Frimley ausgebrochenen Diphtheritis-Epidemie mit der Milchversorgung von der Park Farm Milcherei. (Report on an outbreak of diphtheria at Frimley in its relation with milk supplied from the Park Farm Dairy.)** *Veterinarian. Mai und Juni 1887.*

Der Bericht constatirt den Zusammenhang zwischen der Milchversorgung und dem Auftreten von Diphtherie. A. E. GARROD.

54) Pearsons und Airy. **Diphtherie in Prollheli und Haselmere. (Diphtheria at Prollheli and Haselmere.)** *Lancet. 17. Sept. 1887.*

Berichte zweier Inspectoren der Lokalgesundheitsamts über zwei Diphtheritisepidemien. A. E. GARROD.

55) Alfred E. Barrett (London). **Circumscripte Diphtherie. (Diphtheria circumscripta.)** *British Medical Journal. 23. Juli 1887.*

B. lenkt die Aufmerksamkeit auf solche Fälle, die er bald einzeln, bald in Gruppen gefunden hat, welche die klinischen Zeichen einer Diphtherie hatten mit

rapider und äusserster Erschöpfung, Tod durch Asthenie etc. und bei welchen als locales Symptom ein circumscripter aschfarbener Belag auf einer oder beiden Tonsillen sich fand. Dieser Belag wächst nicht, aber von ihm, als Centrum, werden die benachbarten Gebilde von einer niederen Form der Entzündung ohne Neigung zur Eiterung ergriffen. Die Ablösung des Belags hinterlässt eine Grube oder Furche.

In den Fällen mit Genesung besteht eine starke Neigung zur diphtherischen Paralyse. B. sah zuerst diese Fälle in Norfolk vor mehr als 25 Jahren.

A. E. GARROD.

56) **G. R. Fraser** (Wark on Tyne). **Umschriebene Diphtherie oder Sandringham-Angina. (Diphtheria circumscripta or Sandringham sore-throat.)** *British Medical Journal. 1. October 1887.*

F. meint, dass die von Barrett unter obigem Namen beschriebene Angina ein häufiges Vorkommniss sei und berichtet einige Fälle. Er glaubt, dass die Krankheit durch die Ausdünstungen von Fäcalmassen entsteht, und wenn auch der Diphtherie sehr verwandt, dennoch weniger gefährlich als dieselbe sei. Er fand die Uvula gewöhnlich afficirt und mehr oder weniger Pharynxulcerationen.

A. E. GARROD.

57) **A. E. Barrett** (London). **Circumscripte Diphtherie oder Sandringham'sche Angina. (Diphtheria circumscripta or Sandringham sore-throat.)** *Brit. Med. Journal. p. 865. 15. October 1887.*

B. glaubt, dass die von Fraser beschriebenen Fälle mit der herpetischen Form der exsudativen Pharyngitis identisch wären.

A. E. GARROD.

57a) **G. R. Fraser** (Wark on Tyne). **Circumscripte Diphtherie oder Sandringham-sche Angina. (Diphtheria circumscripta or Sandringham sore-throat.)** *British Med. Journal. p. 1032. 5. November 1887.*

F. behauptet dass die von Barrett beschriebene Krankheit zu denjenigen gehört, über welche er in einem früheren Brief gesprochen hat. und dass sie häufig irrthümlicher Weise für eine einfache Tonsillitis oder Diphtherie gehalten wird, dass sie aber eine milde Form der ulcerösen Angina sein dürfte.

A. E. GARROD.

58) **Senator** (Berlin). **Diphtherie mit eigenartigen Complicationen.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 37. S. 697. 1887.*

Vorstellung eines 11 Jahr alten Knaben im Charité-Verein, bei welchem neben schwerer Diphtherie sich Pemphigus und Hautemphysem zeigten.

B. FRAENKEL.

59) **Schrakamp** (Stuttgart). **Zur Differentialdiagnose der Erkrankungen der Mundhöhle.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 41. S. 892. 1887.*

Zwei Fälle bei Kindern aus der Olgaheilanstalt, in denen es in der Mundhöhle neben Ulceration zur Pseudomembranbildung kam, von denen einer schwere Allgemeinsymptome zeigte und welche beide in Genesung übergingen. Verfasser führt die betreffende Litteratur an und kommt schliesslich durch Ausschluss der ähnlichen Affectionen dahin, die Fälle der Diphtherie zuzuzählen.

B. FRAENKEL.

60) **F. C. Fernald. Drei ungewöhnliche Fälle von Diphtherie. (Three unusual cases of diphtheria.)** *Philadelphia Med. News. 5. November 1887.*

Die ungewöhnliche Erscheinung bei Fall I war die, dass die Auflagerung im Halse nicht sehr ausgedehnt, und dass die Betheiligung des Ohrs (chronische Otitis mit Perforation des Trommelfells hatte einige Zeit vorher bestanden) durch Ausbreitung der Membran vom Nasenrachenraum aus hervorgerufen war, woselbst ein frisches Exsudat sich befand, während es von den Tonsillen verschwunden war.

In Fall II bestand eine Paralyse des Zwerchfells und in Fall III fand sich eine vollständige Analgesie fast des ganzen Körpers, einschliesslich des Gesichts und des Kopfes. Ausgenommen war nur eine umschriebene Stelle in der Palma beider Hände und in beiden Fussohlen, ferner längs beider Seiten der Wirbelsäule in der Rückengegend. Aber auch an diesen Stellen war das Schmerzgefühl sehr herabgesetzt. An jeder der analgetischen Theile konnte eine Nadel durch eine Hautfalte hindurchgestochen werden, ohne den geringsten Schmerz für den Patienten. Die Schleimhaut der Lippen, des Mundes und der Zunge konnten ebenso stark als möglich gestochen werden, ohne den geringsten Schmerz zu erzeugen.

LEFFERTS.

61) **L. v. Schrötter (Wien). Croup und Diphtheritis.** Aus den unter der Presse befindlichen Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfes etc. der Redaction zur Veröffentlichung überlassen. *Wiener med. Zeitung. No. 26, 27, 28 u. 29. 1887.*

S. betrachtet beide Krankheiten als sowohl anatomisch als klinisch verschieden, aber es giebt Uebergangsformen, bei denen die Diagnose schwer ist. Als Ursache der Diphtheritis ist wahrscheinlich der von Klebs und Löffler gefundene Bacillus anzunehmen; von Croup ist darüber noch nichts bekannt. Schr. verlegt die Entscheidung in weitere bacteriologische Untersuchungen. Die Erkrankung beginnt in den meisten Fällen als locales Uebel. Die Infection wird durch individuelle Disposition und allgemeine sanitäre Uebelstände begünstigt. Die Erkrankung beginnt meist im Rachen, kann aber auch im Kehlkopfe oder in der Luftröhre anfangen. In den Bronchien sah sie Schr. nie entstehen. Nach Beschreibung des laryngoskopischen Befundes schildert Schr. eingehend die Symptome der verschiedenen Stadien und führt besonders die Athemnoth auf die Schwellung der Schleimhaut, die Membranen und die Muskellähmungen zurück. Die Lymphdrüsenschwellung ist verschieden entwickelt, Albuminurie ein untergeordnetes Symptom. Bei der Differentialdiagnose ist besonders Rücksicht zu nehmen auf fremde Körper und auf Aetzschorfe. Die Prognose ist immer zweifelhaft; besonders weist Schr. auf die Möglichkeit tieferer Substanzverluste mit folgender Narbenstenose und auf die oftmals lange Dauer des Leidens mit Nachschüben hin. Auch Schlundlähmungen mit Störung oder Aufhebung des Schlingvermögens, Herzlähmungen, Bronchitis und Pneumonie sind in Betracht zu ziehen.

Was die Therapie anlangt, so legt Schr. grossen Werth auf die Prophylaxe durch allgemeine Besserung der sanitären Verhältnisse und systematische Ausspülungen des Mundes und Rachens mit Lösungen von Kali hypermanganicum. Bei der Behandlung des einzelnen Falles sieht Schr. ab von Aetzungen, wendet aber Inhalationen von Kalkwasser und 1—2procent. Carbolsäure abwechselnd an.

Brechmittel sind nur angezeigt zur Entfernung loser Membranen; einen Einfluss auf die Abhebung festhaftender haben sie nicht. Die Allgemeinbehandlung besteht in Verabreichung von 1—5 Grm. Chinin täglich und guter Ernährung, eventuell mit der Schlundsonde.

Gegen die Larynxstenose kann man die Tubage versuchen, aber mit Vorsicht, da sie manchmal die Membranen nach unten stösst; jedenfalls ist, falls die Tubage nicht sogleich Erleichterung verschafft, die Tracheotomie angezeigt, welche Schr. der Laryngotomie vorzieht. Die Nachbehandlung ist dabei ausserordentlich wichtig, weshalb man solche Kranke in ein Spital bringen sollte.

Die secundäre Diphtheritis nach Scharlach, Typhus und pyämischen Erkrankungen zeigt dieselben Symptome; doch liess sich bei ihr der Klebs-Löffler'sche Bacillus nicht nachweisen, sondern nur der Ketten-Kokkus.

In Bezug auf Details verweise ich auf das Original. CHIARI.

62) P. Masucci (Neapel). **Das Fieber der Diphtheritis sine diphthera etc. (Le febbre della diphteritis sine diphtera come crisi della infezione difterica rappresentata dalle paralisi postume.)** *Rivista clinica e terapeutica. Anno IX. No. 11.*

Unter eingehender Berücksichtigung der diesen Gegenstand betreffenden Literatur bespricht M. den Fall, den er bei einem 5jährigen Kinde beobachtet hat. Bei demselben stellte sich in der Reconvalescenz von einer schweren Diphtherie (mit was für Localisationen?) zweitägiges Fieber ein, hierauf Herzklopfen, Strabismus, Ptosis, Parese der unteren Extremitäten, erschwerte Deglutition, Lähmung des Gaumensegels. Aphonie durch Lähmung der Adductoren. So standen die Dinge. als das Kind eines Tages von heftigem Fieber (40—41 °) ergriffen wurde. Wegen Verdachts auf Perniciosa machte der behandelnde Arzt subcutane Chinininjectionen. M. diagnosticirte eine Diphtheritis sine diphthera und verordnete Roborantien und Carbolzerstäubungen. Im Verlauf von 4 Tagen hörte das Fieber auf und von dem Augenblick an begannen die Lähmungen zu verschwinden, sodass nach 14 Tagen das Kind vollständig hergestellt war.

M. betrachtet dieses Fieber als die Krisis der Infection, indem er sich vorstellt, dass die hohe Temperatur das diphtheritische Virus zerstörte. Ausserdem zieht er aus seiner Beobachtung noch folgende Schlüsse:

Es giebt eine Form von Diphtherie, wie sie Gubler und andere französische Kliniker als Diphtherie sans diphtère beschreiben; und dasselbe ist vielleicht nicht so selten als man gewöhnlich glaubt.

Die Diagnose dieser Form ist leicht, wenn sie epidemisch auftritt oder wenn in einer Familie eben Fälle von Diphtherie vorgekommen sind oder wenn der Kranke post-diphtheritische Lähmungen zeigt.

Die klinischen Charaktere dieser Form sind die von den französischen Autoren beschriebenen.

Die diphtheritischen Lähmungen haben einen Charakter sui generis, sie sind der Ausdruck der Localisation des diphtheritischen Virus und der Veränderung, die dasselbe im Rückenmark hervorbringt. KURZ.

63) **Grön** (Christiania). **Acute Herzdilatation und körnige Degeneration der Herzmuskulatur in der Reconvalescenz nach Rachendiphtheritis. (Akut Hjertedilatation og kornet Degeneration af Hjertemuskulaturen i Rekonvalescensen efter Svaelgdifterit.)** *Norsk Magazin for Laeger. p. 646. 1887.*

Gestützt auf mehrere klinische und pathologisch-anatomische Beobachtungen giebt der Verf. eine genaue Beschreibung dieser todtbringenden Complication der Diphtheritis. In den Lazarethen von Christiania wurden in $1^1/_4$ Jahre ca. 1800 Diphtheritispatienten behandelt; unter diesen kamen zwischen 300—400 Todesfälle vor, und als Todesursache wurde Herzparalyse 20—25 Mal gesehen.

SCHMIEGELOW.

64) **Mouillot** (Gorey). **Diphtherie. (Diphtheria.)** *Dublin Journal of Med. Sciences. Juli 1887.*

In einer Sitzung der medicinischen Section der Irish Academy of Medicine verlas Mouillot eine Abhandlung, welche bereits in einer früheren Nummer des Centralblatts besprochen wurde. Die darauf folgende Discussion ergab nichts Neues.

M'BRIDE.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

65) **Descroizilles. Ueber eine Form einfacher Laryngitis mit schwerer Diagnose. (D'une forme de laryngite simple à diagnostic difficile.)** *Journal de méd. et chir. prat. Juli 1887.*

Bei Gelegenheit zweier, von intensiver Laryngitis befallener Kinder mit Erstickungsanfällen, welche Croup vortäuschten, bemerkt D., wie nothwendig es sei, Vorsicht zu üben bei einer so schweren Diagnose. Auch betont er die Nothwendigkeit, nicht zu schnell, ohne Sicherheit, zu operiren.

E. J. MOURE.

66) **Pery. Pseudodiphtheritische Laryngitis. (Laryngite pseudodiphthéritique.)** *Soc. de méd. de Bordeaux. 1. Juli 1887. — Journal de méd. No. 51. 17. Juli 1887.*

P. theilt mit, dass er drei Kinder gesehen habe, die die Symptome des Croup darboten, ohne Pseudomembranen auszuwerfen. Alle drei Patienten wurden geheilt.

In der Discussion bezeichnet man einige Affectionen, die den Croup vortäuschen können, ohne dass Jemand an eine laryngoscopische Untersuchung denkt, welche sehr leicht die Zweifel heben würde.

E. J. MOURE.

67) **Bloch** (Wien). **Beitrag zur Laryngitis haemorrhagica.** *Wiener med. Presse. No. 33. 1887.*

Ein Fall von Pseudoleukaemia lienalis mit Blutsuffusionen in beiden Stimmbändern, katarrhalischen Erscheinungen im Larynx und einem croupösen Belage an der Interarytaenoidfalte (welchen Bl. für Decubitus der oberflächlichen Epithelschichten hält, bedingt durch mangelhafte Nutrition der Schleimhautgefässe). In 14 Tagen war das Blutextravasat geschwunden, ebenso wie der croupöse Belag. In Nase und Rachen bestand trockener Catarrh; auch Epistaxis trat öfters auf. Bl. führt alle Erscheinungen auf die Fragilität der Gefässwandungen in Folge der Pseudoleukaemie zurück.

CHIARI.

68) **Bandler** (Prag). **Der idiopathische Kehlkopfabscess.** *Prager med. Wochenschrift. No. 34. 1887.*

Nach kurzen Literaturangaben beschreibt B. einen Fall von primärem Abscess der rechten Seite des Kehldeckels, welchen er am dritten Tage der Erkrankung mit dem gedeckten Kehlkopfmesser öffnete. Es trat völlige Heilung ein. Die Ursache liess sich nicht eruiren; von Perichondritis war kein Anzeichen vorhanden; auch erlangte die Epiglottis ihre frühere Form und Beweglichkeit wieder völlig. B. musste daher einen reinen submucösen Abscess annehmen. CHIARI.

69) **Greville Mac Donald** (London). **Zwei Fälle von idiopathischem intralaryngealem Abscess. (Two cases of idiopathic intra-laryngeal abscess.)** *Lancet. 24. September 1887.*

Ein unverheirathetes Hausmädchen, 40 Jahre alt, kam in's Krankenhaus mit der Klage über zunehmende Aphonie und Schmerzen beim Schlucken, welche seit 18 Monaten schon bestanden. Sie hatte leichten Husten und das Gefühl eines Fremdkörpers im Halse, mit Dyspnoe bei Anstrengungen.

Das rechte Stimmband, besonders der unterhalb der Glottis gelegene Theil und die Interarytaenoidalfalte fanden sich geröthet und ödematös. In der Schwellung unterhalb der Glottis, unmittelbar unter der knorpeligen Glottis befand sich ein kleines sinuöses Geschwür. Das rechte Stimmband war in Cadaverstellung fixirt, während das linke geröthet und geschwollen war. Die rechte arytaeno-epiglottische Falte war ödematös, aber die Taschenbänder normal. Der Pharynx war anämisch und es bestanden drei Narben an seiner hinteren Wand. Anamnestisch wurde Syphilis nicht festgestellt; es wurde jedoch die Diagnose auf tertiäres Geschwür mit Hinzutritt einer acuten Laryngitis gestellt. Es wurde Jodkali in Dosen von 0,75 gegeben, ausserdem Eispillen und Inhalationen eines schwachen alkalischen Sprays alle vier Stunden. Vier Tage darauf wurde die Respiration stridulös mit Einziehung der Weichtheile, während die Gesichtsfarbe dunkel wurde. Die vorher beobachteten Schwellungen hatten zugenommen, ausserdem war das rechte Taschenband enorm geschwollen. und es wurde darin mit der Sonde Fluctuation entdeckt. Es wurde daher in die hervorragendste Stelle eine Incision mit der Mackenzie'schen Lancette gemacht. Dicker Eiter quoll hervor und sofort trat Besserung der Respiration ein. Nach drei Tagen war das Oedem des rechten Stimmbandes ganz geschwunden, nur etwas Schwellung unterhalb der Glottis blieb zurück. Das Jod wurde fortgesetzt und eine Woche hindurch ein adstringirender Spray angewandt. Die Besserung war beständig, und nach 2 Monaten blieb nur eine leichte Hyperämie der Stimmbänder zurück.

Der zweite Fall betraf eine verheirathete Frau von 38 Jahren, welche über Schmerzen beim Schlucken, besonders Speichel klagte. Sie hatte sich eine Woche vorher erkältet, und der Schmerz hatte seitdem beständig zugenommen.

Das Laryngoscop zeigte beträchtliche Congestion der ganzen rechten Seite des Larynx, und von der rechten arytaeno-epiglottischen Falte erstreckte sich zum Taschenbande, dasselbe betheiligend, eine glatte, matte, roth durchscheinende Schwellung, die zum Theil das Stimmband verdeckte

Hier wurde wieder Fluctuation entdeckt und, als der Abscess mit der Lancette geöffnet worden war, entleerte sich Eiter.

Der Schmerz beim Schlucken war auf einmal beseitigt und in einer Woche waren alle abnorme Erscheinungen verschwunden.

Die Arbeit enthält Abbildungen, welche laryngoscopische Ansichten von beiden Fällen zeigen. A. E. GARROD.

70) **L. v. Schrötter** (Wien). **Oedema laryngis.** Aus den Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfes etc. *Wiener med. Zeitung. No. 29 u. 32. 1887.*

Bei Besprechung der Ursachen erwähnt Schr. ausser den bekannteren auch eines Falles von Oedema, welches im Verlaufe eines chronischen Darmcatarrhs bei einem 57jährigen Manne auftrat und von den Lymphgefässen ausging; auch der angioneurotischen Oedeme, wie sie Strübing schilderte, wird gedacht, doch besonders hervorgehoben, mit dieser Diagnose sehr vorsichtig zu sein. Bei der Anatomie wird besonders hingewiesen auf die Verschiedenheit des Exsudates in die Maschenräume des submucösen Bindegewebes, welches entweder serös oder fibrinös, mit oder ohne Zelleneinlagerung, mehr eitrig oder blutig sein kann; in Folge davon können die Wülste weicher oder härter sein. Das chronische Oedem ist entweder ein länger dauerndes wirkliches Oedem oder eine Bindegewebswucherung in Folge von Geschwüren oder tieferen Entzündungen. Die Therapie erfordert fortwährende Ueberwachung des Kranken, Entfernung der Grundursache, wenn möglich, Antiphlogose, Scarificationen (diese sind von zweifelhaftem Werthe, weil es selten gelingt, viel von dem Oedemwasser ausfliessen zu lassen), Zerdrücken der Wülste mit dem Finger, und wenn Alles erfolglos, Tracheotomie.

CHIARI.

71) **Zwillinger** (Wien). **Klinische Untersuchungen über die Aetiologie der Chorditis vocalis inferior hypertrophica.** *Wiener med. Wochenschrift No. 51. 1887.*

Z. bringt eine Uebersicht über die bisherigen Forschungen in dieser Hinsicht und erwähnt selbst kurz eines Falles von Rhinosclerom des Kehlkopfes. Die Mikroorganismen, die man bei Rhinitis und Rhinosclerom fand, sind zu wenig von einander verschieden, so dass zur Differenzirung der einzelnen Formen der Chorditis inferior die klinische Untersuchung der verlässlichste Weg ist. Neues bringt der Aufsatz nicht. CHIARI.

72) **T. W. Grimshaw. Verbreitung der Phthisis und der Krankheiten der Respirationsorgane in Irland. (Distribution of phthisis and diseases of the respiratory organs in Ireland.)** *Dublin Journal of Med. Science. October 1887.*

Eine statistische Untersuchung betreffs der Ausbreitung der Respirationskrankheiten in Irland. Folgende Umstände scheinen das Entstehen der Phthisis zu begünstigen: 1. Civilisation. 2. Aufenthalt in der Stadt oder in einer Gegend nahe der Stadt. 3. Niedrige Lage. Sumpfige Gegenden scheinen jedoch nicht nachtheilig zu wirken, eher das Gegentheil.

An der sich daran knüpfenden Discussion nahmen Theil: Sir Charles Cameron und F. Moore, Cosgrave und J. W. Moore. M'BRIDE.

73) A. **Korkunow. Ueber die Entstehung der tuberculösen Geschwüre im Kehlkopf und über die Betheiligung der Tuberkelbacillen bei diesem Process. (Ob obrasowanii tschahototschaich jasw w gortani i ob utschastii bugorkowich palotschee w etom processe.)** *Wratsch. No. 32—35. 1887.*

Bis jetzt sind nur von Loesch Untersuchungen angestellt darüber, ob in tuberculösen Kehlköpfen immer Tuberkelbacillen zu finden seien. Es gelang ihm nicht jedesmal, Bacillen nachzuweisen. Verf. untersuchte 12 Kehlköpfe mit Phthisis laryngis und fand jedesmal Bacillen. Dagegen muss Verf. die Frage, ob die Intensität der Erkrankung Hand in Hand geht mit der Anzahl der Bacillen, entschieden mit Nein beantworten. Jedenfalls sah Verf. starke tuberculöse Infiltrationen mit nur sehr spärlichen Bacillen und umgekehrt. Man könnte dieses Factum so erklären: die alten Tuberkel geben einen schlechten Nährboden für die Bacillen ab; dennoch bliebe es unerklärt, warum in der Umgebung dieser alten Tuberkel so wenig Bacillen gefunden werden. Manche Geschwüre und ihre Umgebung enthielten gar keine Bacillen, während andere Geschwüre desselben Kehlkopfes ihrer viele aufzuweisen hatten. Verf. glaubt. Loesch habe zu wenig Schnitte von jedem Kehlkopf angefertigt sonst hätte er sicherlich in jedem Kehlkopf Bacillen gefunden.

Bei der Untersuchung von augenscheinlich gesunden Partien tuberculöser Kehlköpfe fand Verf. Tuberkel in der subepithelialen Schicht oder noch tiefer gelegen und vom Epithel durch eine Zone normalen Gewebes getrennt. Die Tuberkel enthielten Bacillen: dieselben fanden sich aber auch in der infiltrirten Umgebung der Tuberkel. Das Epithel war ganz normal; weder im Epithel noch in der Zone gesunden Gewebes waren Bacillen zu finden. Durch das Wachsen der Tuberkel wird diese Zone gesunden Gewebes immer schmaler, bis sie endlich ganz schwindet und der Tuberkel bis an das Epithel stösst. Um diese Zeit zeigt sich die Epithelschicht bedeutend verändert. Es bilden sich im Epithel Spalten, die farblose Körperchen und Bacillen enthalten. Verf. sieht diese Spalten als Anfänge der Lymphgefässe an, die sich unter pathologischen Zuständen erweitern und in die hinein mit dem Lymphstrom Lymphkörperchen und Bacillen gelangen. Dass die Bacillen nicht von aussen in die Spalten der Epithelschicht dringen, darüber belehrt uns ein Blick auf das Präparat. In der Epithelschicht findet man sehr wenig Bacillen, und zwar je näher zur Oberfläche, desto weniger. Und nicht in allen Fällen sieht man die Bacillen bis zur obersten Schicht des Epithels vordringen. In diesem Stadium lockert sich die Epithelschicht und stösst sich aller Wahrscheinlichkeit bei der ersten günstigen Gelegenheit ab, und so entsteht ein tuberculöses Geschwür. Dieses eben Gesagte gilt nur vom Plattenepithel. Bei Cylinderepithel ist es Verf. nicht gelungen, die Entstehung des Geschwüres oder das Eindringen der Bacillen in das Epithel selbst zu beobachten. Den Grund dazu sucht Verf. in der Zartheit des Cylinderepithels, denn dasselbe löst sich von der infiltrirten Unterlage ab, bevor noch die Bacillen Zeit haben, bis in die Epithelschicht vorzudringen. Man kann aber häufig beobachten, wie das Cylinderepithel von weissen Blutkörperchen durchsetzt sich in toto von dem darunter liegenden Tuberkel abhebt.

Nach diesen Untersuchungen meint Verf., dass die Bacillen von einem bestehenden Herde aus durch den Lymphstrom oder Blutstrom in die Schleimhaut des Kehlkopfs gelangen und sich dort weiter entwickeln. Eine Ansteckung des Larynx durch das bacillenhaltige Sputum giebt Verf. theoretisch zu, glaubt aber, das Epithel müsse vorher erkrankt sein; denn bei intactem Epithel vermögen die Bacillen nicht in dasselbe einzudringen. LUNIN.

74) L. Przedborski (Lodz). **Die modernen Behandlungsmethoden der Larynxtuberculose. (Obecne metody leczennia gruzlicy krtani.)** *Gazeta lekarska. No. 37, 38, 39. 1887.*

Nach einer kurzen Einleitung und Besprechung der therapeutischen Reform der Larynxphthise erklärt sich Verf. auf Grund persönlicher Erfahrung für die von Krause und Referenten präconisirte, im chirurgischen Sinne geführte Behandlung und beschreibt fünf Fälle, wo durch Milchsäureätzungen resp. Incisionen Cauterisation mit Chromsäure oder Curettement vollständige Vernarbung mitunter hochgradiger Zerstörungen und kraterförmiger Ulcerationen im Larynx, die sich seit 5 Monaten bis 1 Jahr bewährt hat, erlangt wurde. Trotz miserabler hygienischer Verhältnisse der Patienten, Mangel an Schonung und ausgebreiteter Lungenaffection hat sich die Vernarbung längere Zeit bewährt. HERYNG.

75) W. Lublinski (Berlin). **Zur Kreosotbehandlung der Lungen- und Kehlkopftuberculose.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 38. S. 829. 1887.*

L. giebt die Zahlen für die Lungentuberculose, die er mit Kreosot behandelte und von denen er mit dieser Therapie einen relativ grossen Procentsatz heilte. Darunter (unter 210) befanden sich 46 mit Kehlkopftuberculose, theils Infiltration, theils Ulceration. Die innerliche Darreichung des Kreosots hatte dabei keinen nennenswerthen Erfolg, dagegen bewährte sich die topische Application des Kreosots (0,1 auf Spir. v. r. 2,0, Glycerin 8,0) auf die geschwürigen Stellen in 9 Fällen, indem die Geschwüre vernarbten. L. warnt vor den Surrogaten und giebt nur das echte Buchenholztheerkreosot, welches mit Liquor Ferri einen dunkelbraunen — keinen tiefblauen — Niederschlag giebt, neutral ist und sich erst in 200 Theilen Glycerin löst. L. giebt das Kreosot gewöhnlich in alkoholischer Lösung (Rp. Kr. 2,0, Alcohol. absol., Aq. Menth. pip. ana 4 ad 200,0. DS. 2—4 Esslöffel täglich in Wasser zu nehmen), seltener in Leberthran.

B. FRAENKEL.

76) C. M. Hopmann (Cöln). **Kurze Bemerkung zu der Frage grosser Kreosotdosen bei Kehlkopf- und Lungenschwindsucht.** *Berl. klin. Wochenschrift. No. 52. S. 985. 1887.*

H. giebt grosse Dosen Kreosot, nämlich 0,6—0,9 pro die beim Erwachsenen, und zwar in folgender Form: Kreosot 10 zu Tinct. Enzian. 20. MD. 3 mal tägl. 10, später 20, 25 und 30 Tropfen unter 1/2 bis 1 Weinglas voll lauwarmem Wasser eingerührt. Da von diesen Tropfen grössere Dosen vertragen wurden, zieht H. diese Form der Darreichung den Sommerbrodt'schen Kapseln vor, welche letztere er nur solchen Patienten verordnet, die von den Tropfen im Halse stark gereizt werden oder sich an den Geschmack nicht gewöhnen können. Den guten Erfolg der Kreosotbehandlung, den er an mehreren Tausend Phthisikern erprobt

hat, rechnet er besonders der erzielten Vermehrung des Appetits und der Verbesserung der Assimilation der Nahrung zu. Bei Kehlkopfsulcerationen touchirt er gleichzeitig mit Lapis in Substanz. B. FRAENKEL.

77) **M. Blindermann** (Odessa). **Ueber die neueren Behandlungsmethoden der Kehlkopfschwindsucht mit besonderer Berücksichtigung der in der Heidelberger ambulatorischen Klinik für Kehlkopf-, Rachen- und Nasenkranke erzielten Resultate.** Dissertation. Heidelberg. 1887.

Nach Aufzählung der früheren Behandlungsmethoden mit Adstringentien, Einathmungen von Carbolsäure, Perubalsam, Aufblasen von Borsäure, Jodoform, Bepinselungen mit Kreosot, kommt B. zu den Resultaten der Behandlung der Kranken in der Heidelberger ambulanten Klinik. Das Jodoform hat sich sehr gut bewährt, ebenso die Borsäure und das Jodol. Mit der Milchsäure konnte in der Regel in wenigen Tagen Besserung erzielt werden, völlige Heilung ist jedoch nicht beobachtet worden. Versuche mit Holzkohle fielen negativ aus. B. bespricht dann noch die Scarificationen, die Bepinselungen mit Cocain zur Linderung der Schmerzen und Beseitigung der Stenose, sowie die Tracheotomie. SCHECH.

78) **Senesse. Localbehandlung der Larynxschwindsucht. (Traitement local de la phthisie laryngée.)** *Thèse de Bordeaux. 1887.*

S. bespricht die verschiedenen bei diesem traurigen Leiden angewandten Localmittel. Er hält dasselbe übrigens für heilbar. Nach einander behandelt er die Revulsiva, die localen Mittel und die chirurgischen Eingriffe. Indem er hierauf die verschiedenen Perioden der Krankheit durchgeht, zeigt er die Behandlung an, welche in denselben anzuwenden ist.

Die Revulsiva passen für entzündliche Anfälle; Inhalationen, Bepinselungen etc. werden ebenfalls abwechselnd Anwendung finden.

S. weist auch auf das Verfahren von Krause und Heryng hin, indem er bemerkt, dass es eine in Frankreich wegen der Empfindlichkeit der Kranken schwer ausführbare Behandlung sei.

Bei Besprechung der Mineralwässer verwirft er die schwefelhaltigen, da sie unnütz und oft schädlich sind.

Mehrere, zumeist der Klinik des Referenten entnommene Beobachtungen vervollständigen diese Arbeit, welche eine vorzügliche Uebersicht dessen giebt, was wir über diesen Gegenstand wissen. E. J. MOURE.

79) **Réthi** (Wien). **Die Behandlung der Kehlkopftuberculose mit phosphorsaurem Kalke.** *Wiener med. Presse. No. 44 u. 45. 1887.*

R. verwendete entweder die Lösung von Kolischer:

Calcaria phosphor. neutralis 5,00.
Aq. dest. 50,00.
Dein adde sensim Acidi phosphor. q. s. ad solutionem perfectam. Filtra. Adde
Acidi phosphor. dilut. 0,60.
Aq. dest. q. s. ad 100,00.

zu Injectionen oder Bepinselungen, oder die mit einer etwas schwächeren Lösung

imprägnirte Kalkgaze, welche durch eine mit einem schnabelförmigen Fortsatze versehene Schlundbougie 1/2 bis 1 Stunde mit der ulcerirten Stelle in festem Contact erhalten wurde. Auch phosphorsaurer Kalk in Pulverform und Phosphorsäure selbst wurden angewendet. In leichteren Fällen wurden gute Erfolge erzielt, in schwereren dagegen nur wenig erreicht. Am wirksamsten war das Mittel, nachdem man die Geschwüre mit dem scharfen Löffel ausgekratzt hatte; doch giebt R. an, dass man dann auch mit Milchsäure, Jodoform etc. beinahe dieselben Erfolge beobachtete.

Einspritzungen in die Infiltrate selbst könnten erst nach vorhergegangener Tracheotomie gemacht werden, da sie, wie die Erfahrungen der Chirurgen an grossen Gelenken gelehrt haben, heftige entzündliche Reaction hervorzurufen pflegen. R. hat sie nie gemacht. CHIARI.

80) **Schnitzler** (Wien). **Die Behandlung der Kehlkopftuberculose mit phosphorsaurem Kalk.** *Internationale klin. Rundschau. No. 51 u. 52. 1887.*

Aehnlich wie Réthi spricht sich auch Schnitzler über diese Behandlungsmethode aus. Er zieht aber Einblasungen von Cocain. mur. 0.2, Calc. phosphor. 10,00, Olei Menth. pip. gtt. V den anderen Behandlungsarten vor: früher muss die Schleimhaut durch Inhalationen von lösenden Substanzen gereinigt werden. Die Wirkung der Einblasungen machte sich in Reinigung der Geschwüre, Abnahme der Schwellung und Besserung des Heiltriebes bemerkbar, ja unter günstigen Umständen trat Heilung ein. Schn. empfiehlt seine Methode auch bei allen catarrhalischen Erkrankungen der oberen Luftwege. CHIARI.

81) **R. Norris Wolfenden** (London). **Eine einfache Methode, das Schlucken zu ermöglichen, sobald es durch ausgedehnte Ulceration der Epiglottis behindert wird. (A simple method of procuring deglutition, where such is impeded by reason of extensive ulceration of the epiglottis.)** *Lancet. 2. Juli 1887.*

W. beschreibt eine Methode des Genusses von Flüssigkeiten, die ein Patient erfunden hat, dessen Kehldeckel durch eine ausgedehnte tuberkulöse Ulceration zerstört worden war. Die Methode besteht darin, dass der Patient sich mit abwärts gewendetem Gesicht über das Lager beugt, so dass Kopf und Arme über dem Ende frei hängen und die Füsse höher liegen als der übrige Körper; die Flüssigkeit wird durch eine Gummiröhre aufgesogen. Der betreffende Patient, der in der gewöhnlichen Stellung nur kleine Mengen Flüssigkeit mit grossem Schmerz und grosser Unbequemlichkeit zu sich nehmen konnte, war so im Stande, ein Glas ohne Schmerzen oder Husten zu leeren. A. E. GARROD.

82) **Percy Kidd** (London). **Ein Fall von Tuberkeltumor des Kehlkopfs. (A case of tuberculous tumour of the larynx.)** *Clinical Society's Transactions. Vol. XX. p. 254. London. 1887.*

Neuer Fall von tuberkulösem Kehlkopftumor, welcher bei einem an unzweifelhafter (Bacillen!) Kehlkopf- und Lungentuberculose leidenden Patienten in der Regio subglottica eben unterhalb des rechten Stimmbandes entdeckt wurde. Er war grauröthlich, hatte die Grösse und Form einer kleinen Bohne, und ging graduell in die umgebende Schleimhaut über. SEMON.

83) **Barclay J. Baron** (Bristol). **Heiserkeit und Stimmverlust. (Hoarseness and loss of voice.)** *Bristol Medico-Chirurgical Journal. September 1887.*

B. beschreibt in dieser Arbeit alle Processe, die zu Stimmverlust führen können, ebenso die Behandlung, die sich bei demselben am wirksamsten erwies. B. legt besonderen Werth darauf, bei allen Tuberculösen, bei denen sich eine Veränderung der Stimme zeigt, den Larynx zu untersuchen, da diese Veränderung häufig nur ein Symptom von Anämie sei, nicht aber mit tuberculösen Processen in diesem Organ in Zusammenhang steht. A. E. GARROD.

84) **Schnitzler** (Wien). **Kritische Bemerkungen zur Diagnose und Therapie der Neubildungen im Innern des Kehlkopfes.** *Internationale klin. Rundschau. No. 47. 1887.*

Schn. betont die Schwierigkeit, in einzelnen Fällen zwischen Syphilis und Carcinom zu unterscheiden und führt einen solchen Fall an. Bei umschriebenem Carcinom räth er endolaryngeale Operationen an, die das Wachsthum der Neubildung auch nicht wesentlich befördern; ja es gelang ihm sogar, ein Epitheliom der Stimmbänder endolaryngeal mit dem Galvanocauter zu heilen, sodass die Kranke 20 Jahre nach der Operation noch lebte. Erst wenn endolaryngeal nicht mehr operirt werden kann, ist die Exstirpation oder Resection des Kehlkopfes angezeigt. Umwandlung von Papillomen in Carcinome sind gewiss sehr selten. CHIARI.

85) **Tobin. Gutartige Neubildungen im Larynx. (Benign growths in larynx.)** *Canada Lancet. September 1887.*

Eine casuistische Mittheilung. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

86) **J. M. Hunt** (Liverpool). **Ein Fall von Larynxpolypen. (Case of laryngeal polypi.)** *Liverpool Med. Chir. Journal. Juli 1887.*

Ein Fall von Papillomen, welche die vordere Commissur der Stimmbänder bei einem 31jährigen Patienten einnahmen. Die Papillome wurden mit dem Larynxecraseur in drei Sitzungen exstirpirt. A. E. GARROD.

87) **W. Lindenbaum. Entfernung eines Kehlkopfpolypen auf dem Wege der Laryngotomie. (Ugalenie polypa is gortani pri pomoïschi laryngotomii.)** *Wratsch. No. 43, 44. 1887.*

Eine ziemlich breit aufsitzende Geschwulst von der Grösse einer Bohne, die gleich unter den Stimmbändern an der vorderen Wand des Kehlkopfs sass, wurde nach Spaltung der Cart. thyreoidea entfernt. Die Operation wurde ohne Narcose ausgeführt. LUNIN.

88) **Richard Ulrich. Ueber Kehlkopfcysten.** Dissertation. Würzburg. Becker. 1887.

Sorgfältige Zusammenstellung aller bisher beschriebenen Fälle mit Angabe des Sitzes, der Functionsstörungen, des Erfolges der Operation etc. und Erwähnung dreier neuer Fälle aus der Praxis des Dr. O. Seifert. SCHECH.

89) **Koeberle** (Strassburg). **Polypöse Tumoren des Larynx. Drohende Asphyxie. Laryngotomie.** *Allgemeine Wiener med. Zeitung. No. 48. 1887.*

Im Jahre 1865 operirte Koeberle einen seit 8 Monaten an Stimmlosigkeit,

Athmungs- und Schlingbeschwerden leidenden Mann, bei dem man mit dem Kehlkopfspiegel Oedem der ary-epiglottischen Falten, Ulcerationen des linken Stimmbandes und einen nussgrossen papillomatösen Tumor des rechten Stimmbandes constatirt hatte, in folgender Weise. Es wurde ohne vorhergehende Tracheotomie das Lig. conicum und der Schildknorpel mit der Scheere durchtrennt, dann mittels einer scharfrandigen, löffelförmigen Zange der grosse Tumor stückweise entfernt und ebenso die an anderen Theilen aufsitzenden kleineren Tumoren. Die beiden Schildknorpelplatten wurden durch federnden Stahldraht auseinandergezogen, und das Blut durch Herabhängen des Kopfes von den tieferen Luftwegen abgehalten. In den nächsten Tagen wurden die Ansatzstellen geätzt, und eine schmale Canüle eingelegt. Die Athmung war frei, die Stimme schwach. Nach einem Jahre traten Recidive in der Luftröhre auf, die allmälig bis zum 8. Ringe herabreichten und immer wieder entfernt wurden, bis sich allgemeiner Marasmus einstellte, dem der Kranke erlag.

Beachtenswerth ist, dass der Kranke selbst die Exstirpation der Luftröhre verlangte, die aber Koeberle verweigerte; die Idee der Kehlkopfexstirpation trat also hier zum ersten Male auf. CHIARI.

90) **E. Clifford Beale** (London). **Ein Fall von Lymphom des Larynx, des Augenlids und der Hirnhäute. (A case of lymphoma of the larynx, eyelid and cerebral membranes.)** *Lancet. p. 749. 15. October 1887.*

Eine Frau von 41 Jahren, mager, von zartem Aussehen, erbrach 1885 plötzlich grosse Mengen schwarzen Blutes drei Tage hindurch. 9 Wochen vorher war sie entbunden worden, und seitdem hatte sie eine starke Schwellung der Halsdrüsen, Angina und Dysphagie.

Vor zwei Jahren hatte sie eine Anschwellung der Drüsen um die Sternomastoideï. Ein Jahr darauf hatte sie eine heftige Blutung offenbar aus den Tonsillen und gleichzeitig eine Pleuritis und vielleicht Pneumonie.

Seit jener Zeit wurde die Stimme schwächer.

Die inneren Organe waren normal; die rechte Mandel war stark vergrössert und blass; sie fühlte sich hart und lappig an. Bald darauf bemerkte man etwas Oedem der Conjunctiva des linken Augenlids. Am 9. Juli wurde die rechte Mandel ausgeschnitten, die Wunde heilte gut. Im August hatte die Schwellung der Conjunctiva sehr zugenommen; die Stimme wurde schwach und es bestand ein kurzer Husten. Die Halsdrüsen wechselten von Zeit zu Zeit an Umfang.

Die laryngoscopische Untersuchung (Semon) zeigte zu jener Zeit unterhalb der Epiglottis links eine Verdickung des Gewebes, ähnlich einer adenoiden Hypertrophie, welche die untere Partie der linken Seite der Epiglottis, das linke Taschenband und in gewisser Ausdehnung die linke Zungenkehldeckelfalte ergriffen hatte. Die Schwellung verhinderte etwas die Inspection des linken Stimmbandes. Der linke Giessbeckenknorpel war etwas verdickt und nahezu fixirt, das Stimmband wurde nur sehr schwach adducirt.

Patientin wurde in die Bristowe'sche Abtheilung des Thomas-Hospitals aufgenommen und verblieb daselbst 2 Monate unter Bristowe's und Semon's Behandlung, ohne dass sich deutliche Veränderungen manifestirten. Auch im

Blut zeigte sich keine wesentliche Veränderung, doch blieb Patientin sehr anämisch.

Sie wurde kurze Zeit nach ihrer Entlassung von neuem in's Krankenhaus wegen Dyspnoe aufgenommen, doch fand sich ihr Zustand nicht wesentlich verändert. Ein kleines Stück des verdickten Gewebes im Larynx wurde von Semon mit der Zange entfernt und erwies sich als einfaches Lymphom. Zu dieser Zeit wurde auch ein deutlicher Stridor bei der Inspiration bemerkt, sobald die Patientin zu sprechen begann, und dieser hielt bis zum Lebensende an.

Die Patientin verlor beständig an Kraft. Da die Schwellung des Augenlids wuchs, und viel Schmerz und Unbequemlichkeit verursachte, so wurde sie vollständig durch Incision entfernt; die Ränder der Conjunctiva wurden zusammengebracht. Ein leichter Anfall von Erysipel folgte der Operation. Die Wunde heilte schnell und der Kopfschmerz besserte sich. Im December bemerkte man eine kleine fluctuirende Geschwulst, die von der Stirn hervorragte. Als man eine Capillarnadel einstach, entleerte sich keine Flüssigkeit.

Die Patientin starb schliesslich an Erschöpfung am 21. März.

Die Section war leider erst am 4. Tage möglich, wo bereits Verwesung eintrat.

Die Epiglottis war verdickt und infiltrirt an der Larynxseite; der freie Rand jedoch war normal. Der Tumor der linken Seite überragte das linke Stimmband in dem vorderen Drittel. Das lymphoide Gewebe war auf die Theile beschränkt, wo adenoides Gewebe normal existirt und war sehr reichlich in und um die Taschen. Die Schwellung war durch tiefe Furchen ausgezeichnet. Das Mikroscop zeigte, dass sie aus einem kleinzelligen Gewebe bestand, welches locker von einem feinen Stroma eingeschlossen und durch fibröse Septa stellenweise durchschnitten war. Blutgefässe waren nur wenige vorhanden.

Die anderen Tumoren zeigten denselben Charakter.

In seinen Bemerkungen lenkt B. die Aufmerksamkeit auf die ungewöhnliche Verbreitung der Neubildung und auf die Seltenheit ihres Vorkommens im Larynx.

Er betont ferner, dass, während in der einen Gruppe von Drüsen eine active Hypertrophie bestand, bei den anderen eine gerade entgegengesetzte Veränderung sich zeigte.

B. spricht von dem Erfolg der Operation in dem Auge und Larynx, welche der Kranken wirkliche Erleichterung brachte. Indess kann sicherlich die Entfernung eines Stücks der Larynxgeschwulst Behufs mikroscopischer Untersuchung kaum Besserung bringen, noch kann dies als ein operatives Verfahren angesehen werden. [Gewiss nicht. Red.].

B. meint, dass in manchen Fällen Hodgkin'scher Krankheit, und zwar in der chronischen Form derselben, bedeutende Besserung durch Entfernung eines Theils des Tumors erzielt werden könnte, während bei den acuten Fällen die Vermeidung jeden Eingriffs zweifellos das Beste ist.

Die interessante Arbeit sollte im Original gelesen werden, da es unmöglich gewesen ist, selbst in diesem längeren Referate alle Punkte von Interesse zu erwähnen.

A. E. GARROD.

91) **Jelenffy** (Budapest). **Ueber ein neues Kapitel der Larynxchirurgie.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 41. 1887.*

Es handelt sich um die Beseitigung des Vorfalls der Schleimhaut des Morgagni'schen Ventrikels, welchen J. mit dem Messer entfernte; es gelang ihm nämlich, wie er sich ausdrückt, „dieses Leiden bestimmt in den Machtumkreis des Messers einzuschalten". Nach kurzer Angabe der Literatur geht J. auf die Aetiologie über: heftige Hustenstösse und Schläge auf den Kehlkopf können die Schleimhaut von ihrer Unterlage ablösen und zwar um so leichter, je lockerer das submucöse Bindegewebe, und je seichter die Morgagni'sche Höhle ist. Eine Dyscrasie wird nur insoweit wirken, als sie starke Hustenstösse hervorruft (oder als sie das Bindegewebe lockert, Ref.). Der Vorfall kann sich später langsam vergrössern. J. kommt dann noch auf Major's Unterscheidung zwischen Prolaps und Eversion zu sprechen, die er mit Recht als unnöthig erklärt, da beide nur graduell verschieden sind. Wesentlich für den Vorfall ist das schnelle Zustandekommen, welches ihn gegen Neubildungen, chronischen Catarrh und Abscess abgrenzt. Die Prognose war bis jetzt quoad vocem in allen Fällen schlecht, bei beiderseitigem Prolaps sogar auch quoad vitam nicht unbedenklich, J.'s Operation macht sie erst für immer gut. J. machte nämlich längs des Randes des Taschenbandes, von vorne anfangend, kleine Einschnitte in den Prolaps und zwar täglich nur wenige und brachte dadurch in einem Falle in 10 Tagen die Geschwulst zum Schwinden. Es wurde durch diese kleinen Einschnitte die Ernährung der vorgefallenen Schleimhaut gehindert und derart ihr Schwinden veranlasst.

In einem zweiten Falle amputirte er einen polypenförmig aus dem Lumen des Ventrikels herausragenden Vorfall. (J. nennt das prolabirte Eversion.) In einem dritten und vierten Falle wurde die Operation verweigert. J. empfiehlt schliesslich die Vornahme dieses Eingriffes in allen Fällen dieser seltenen Erkrankung.

CHIARI.

92) **J. Solis Cohen. Electrische Cauterisation und Ausreissung krankhafter Neubildungen an den Stimmbändern. Eine praktische Bemerkung. (Electric cauterisation and evulsion of morbid growths on the vocal bands. A practical note.)** *Medical News. 3. September 1887.*

1. Sobald eine am Rande oder an der unteren Fläche des Stimmbandes sitzende Neubildung mit dem Electrocauter angegriffen wird, muss man das Platinblatt so schützen, dass bei dem, die Cauterisation leicht begleitenden Krampf eine Verletzung der gesunden Seite vermieden wird. Zu dem Zweck wird das abgeflachte Platinblatt auf der einen Seite mit einer dünnen Lage von Asbest bedeckt, darüber eine dünne Elfenbeinplatte gelegt und das Ganze durch das isolirende Material der Leitungsdrähte sicher befestigt.

Bei ähnlichen seitlichen Cauterisationen im Mund, Nase oder anderen Stellen setzt eine ähnliche Isolirung des Blattes den Operateur in den Stand, besondere Schilder zum Schutz der gesunden Gewebe zu entbehren.

Es verdient, bemerkt zu werden, dass ein wesentlicher Punkt bei der Construction von intranasalen oder laryngealen und ähnlichen Electrocauteren von den Aerzten im Allgemeinen nicht genügend berücksichtigt wird. Es ist dies der

Umstand, dass die kupfernen Leitungsdrähte der Electrode sehr dick sein müssen. Es wird nämlich dadurch der grössere Widerstand gegen den Strom auf die Platinspitze beschränkt und der grössere Theil des Instruments wird nicht so heiss, wie wenn dünne Drähte angewendet werden. In einem gegebenen Falle kann nur ein gewisser Hitzegrad erzeugt werden, und dieser kommt nur dann zur vollen Wirkung, wenn nicht der Körper des Instruments, sondern die glühende Spitze erhitzt wird.

Sind die Drähte zu dick, um den verengten Nasengang zu passiren, so können sie in der Weise abgeplattet werden, dass der horizontale Querschnitt kleiner ist, als der verticale, ohne dass die Masse der Leitungsdrähte verringert wird. Es ist nämlich die Gestalt der Leitungsdrähte belanglos; von Wichtigkeit ist nur die Masse derselben.

2. Wenn ein kleiner Tumor auf der oberen Seite des Stimmbands sitzt, so kann er nicht leicht mit der Zange gefasst werden, sobald sie das gewöhnliche olivenförmige Blatt hat. Wird jedoch die Spitze des Blattes viereckig gemacht, so werden so viele Berührungspunkte mit der Stimmbandfläche hergestellt, dass eine sehr kleine Geschwulst ergriffen und abgedreht werden kann, wenn die Branchen der Zange ein wenig so nach vorn gekrümmt werden, wie es die der Arbeit beigegebene Abbildung zeigt. „Ich habe Neubildungen, welche nicht grösser als Hanfsamen waren, ebenso gut wie grössere entfernt, welche an den vorderen Partien des Stimmbandes sassen. Dieses Instrument erwies sich mir besonders werthvoll zur Entfernung von Cysten, wie zur Abreissung von verdickten Gewebsmassen aus den Stimmbändern von Sängern. Die Branchen der Zange werden getrennt an die Fläche der Stimmbänder angelegt und während ihres Schlusses in Contact mit der Oberfläche gehalten, so dass jede Prominenz, auf welche sie stossen, ergriffen wird.“ W. J. SWIFT (LEFFERTS).

93) **Macintyre** (Glasgow). **Tumoren des Pharynx und Larynx. (Tumors of the pharynx and larynx.)** *Glasgow Med. Journal. October 1887.*

Von der Arbeit wird nur erwähnt, dass sie der Glasgow Medical Society vorgelesen wurde, während die daran sich schliessende Discussion ausführlich wiedergegeben wird. Die interessanteste Frage, die aufgestellt wurde, war die, ob es stets erlaubt sei, Theile einer malignen Larynxneubildung zu entfernen. Der allgemeine Eindruck (Bemerkungen von Newman) schien der zu sein, dass dieses Verfahren nur dann eingeschlagen werden sollte, wenn der Patient vorher erklärt, in die Exstirpation einwilligen zu wollen, falls die mikroscopische Untersuchung eine maligne Neubildung ergeben sollte. M'BRIDE.

94) **Samuel West** (London). **Epitheliom des Kehlkopfs. (Epithelioma of larynx.)** *Transaction of the Pathological Society. Vol. 38. p. 85. 1887.*

Von diesem Falle ist bereits ein Bericht im Centralblatt III., S. 447 gegeben worden. Da die Lectüre des Falles im Original aber dem Referenten gezeigt hat, dass von dem wichtigsten Theile desselben: der Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen Krebs und Perichondritis, in dem kurzen Bericht des British Medical Journal, auf welchen sich unser erstes Referat stützte, keine genügende Vorstellung gegeben wird, so hält er es im Einklange mit den

im Centralblatt (Jahrg. I., S. 185 et seq.) ausgesprochenen Grundsätzen für seine Pflicht, dieses Punktes hier noch einmal zu gedenken. Ein vollständiges Bild von den Schwierigkeiten, welche die Differentialdiagnose bot, kann nur die Lectüre des Originals liefern, welche hiermit warm empfohlen sei. Hier begnügen wir uns mit der Wiedergabe des folgenden Passus: „Das klinische Interesse des Falles liegt hauptsächlich in den diagnostischen Schwierigkeiten. Die möglichen Alternativen waren: Syphilis, Tuberculose und Neubildung. Gegen Tuberculose konnte schnell entschieden werden, während die laryngoscopischen Erscheinungen nicht ausreichten, um zwischen Syphilis und Neubildung zu entscheiden. Für Syphilis sprach das Alter des Patienten [? Ref. Der Patient war 43 Jahre alt.], die auf mögliche Syphilis deutende Anamnese und die rapide Verbesserung des Allgemeinbefindens nach der Tracheotomie. Gegen Neubildung sprach die Abwesenheit jeder Drüsenschwellung. [Nach den Erfahrungen des Ref. nicht!] Gegen Syphilis sprach der Mangel des Erfolges der antisyphilitischen Behandlung und der fortschreitende Charakter der Krankheit. — Der Fall war weiter complicirt durch das Auftreten ausgedehnter entzündlicher Symptome in Folge weitverbreiteter und fortschreitender Perichondritis. Letztere kann sich zu beiden Leiden hinzugesellen; sie gab daher keine Hülfe für die Diagnose ab. Sie bildete eine sehr schwere Complication und war die Ursache zu vielen der den Patienten quälenden Symptome. Die auffallende Verbesserung nach der Tracheotomie und das lange Ausbleiben jeder Cachexie schienen in gewissem Grade gegen Neubildung zu sprechen und selbst der schliessliche schnelle Niedergang konnte durch die Perichondritis erklärt werden, so dass man, obwohl zu einer frühzeitigen Periode des Leidens die Diagnose auf Neubildung gestellt wurde, doch fühlte, dass dies nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose und nichts weniger als sicher sei. Selbst die Inspection auf dem Obductionstische lieferte keine entscheidenden Resultate, denn der Befund konnte einfach das Resultat von Perichondritis sein, was auch immer deren ursprüngliche Ursache gewesen sein mochte. Erst die mikroscopische Untersuchung der Theile stellte die Natur des Falles fest. Die Präparate zeigten typische epitheliomatöse Structur mit wohlmarkirten Zellnestern.“ SEMON.

95) **Krönlein** (Zürich). **Ueber Exstirpation des Pharynx-, Larynx- und Lungencarcinoms resp. -Sarcoms.** Referat über einen Vortrag, gehalten in der Gesellschaft der Aerzte des Kantons Zürich. *Corresp.-Blatt für Schweizer Aerzte. No. 20. 1887.*

Kr. will hier keine erschöpfende Abhandlung über den Gegenstand geben, sondern nur der Demonstration eines Präparates von Pharynxkrebs einige erläuternde Bemerkungen vorausschicken. Rachencarcinome seien in der Schweiz viel häufiger als an anderen Orten, z. B. in Preussen. Am häufigsten localisire es sich in der seitlichen Rachenwand, seltener hinter dem Kehlkopf im obersten Theil des Oesophagus, sehr selten im Fornix. Nähere Angaben über die Statistik und die Methode der Operation möge man an obengenannter Stelle nachlesen.

Verf. warnt vor allen nicht radical-chirurgischen Encheiresen, Aetzungen, Auskratzungen etc., welche diese Geschwülste nur zu rascherem Wachsthum anregen. Er hält den künstlichen Kehlkopf, abgesehen von Galavorstellungen, zum

täglichen Gebrauch für werthlos. Eine Frau, welcher er mit Erfolg den Kehlkopf exstirpirt hatte, zog dem künstlichen Kehlkopf mit Stimmapparat, welchen sie ganz gut benutzen konnte, eine einfache Trachealkanüle vor, da jener durch Schleim oft unbrauchbar wurde.

Der Fall von dreimaliger glücklicher Entfernung eines Lungensarkoms sammt einem Stück Lunge und Thoraxwand soll bis jetzt als Unicum dastehen.

JONQUIÈRE.

96) **Dupont** (Lausanne). **Exstirpation des Larynx. (Exstirpation du larynx.)** *Revue méd. No. 3. 1887.*

Inneres Kehlkopfcarcinom. Die kurze Zeit erlaubt quoad Recidiv noch keine Prognose.

JONQUIÈRE.

97) **Rushton Parker. Ein Fall von partieller Excision des Kehlkopfs wegen Epitheliom. (A case of partial excision of the larynx for epithelioma.)** *Liverpool Medico-chirurgical Journal. Juli 1887.*

Nach voraufgeschickter Tracheotomie wurde die linke Hälfte des Schildknorpels, die Epiglottis, die Weichtheile der linken Seite des Kehlkopfs und der der Stimmritze angrenzende Theil des Pharynx entfernt.

Es trat zweimal ein Recidiv auf, das zu weiteren Operationen zwang.

M'BRIDE.

98) **W. Gardner** (Adelaide, Australien). **Exstirpation des Larynx. (Excision of the larynx.)** *Lancet. 7. Mai 1887.*

Ein 60jähriger Schumacher hatte sich stets einer guten Gesundheit erfreut und hatte stets sein Handwerk betrieben. Er hatte niemals Syphilis gehabt; in seiner Familie war keine hereditäre Anlage zu bösartigen Tumoren.

Zwei Jahre, bevor ihn G. sah, hatte er seine Stimme gänzlich verloren, ohne sie jemals wiederzuerlangen. Sie war allmälig schwächer geworden, so dass in vier Monaten nur noch ein Wispern vorhanden war. Vor vier Monaten begann er, an scharf nagenden Schmerzen über dem Kehlkopf zu leiden. Jodkalium, lange Zeit gebraucht, blieb ohne Wirkung. Er magerte sehr schnell ab, wurde sehr schwach und litt an Schlaflosigkeit. Das Laryngoscop zeigte, dass die echten Stimmbänder ulcerirt und beinahe ganz zerstört waren. Es ragten unregelmässige papulöse, weisse Flecke, ausgehend von einer Stelle unmittelbar unterhalb der Glottis, in das Lumen hinein.

Die Taschenbänder waren sehr entzündet und durch eine zwischen ihnen liegende Geschwulst hervorgebaucht, besonders rechts.

Die Giessbecken und die Gegend zwischen denselben waren weder geschwollen, noch abnorm roth. Die Epiglottis war normal.

Die Halsdrüsen waren nicht geschwollen. Der Kehlkopf war frei beweglich, aber auf Druck empfindlich. Ein kleines mit der Zange entferntes Stück des Tumors wurde von Prof. Watson als ein „verhorntes Epitheliom" erklärt. Das Respirationsgeräusch war etwas rauh und die Exspiration verlängert; doch war kein Rasseln auf der Brust zu hören, noch bestand daselbst irgend welche Dämpfung.

Nachdem der Patient chloroformirt worden war, wurde der Larynx durch eine Incision vom Zungenbein bis zum zweiten Trachealring freigelegt. Die Vena

jugul. externa wurde an zwei Stellen unterbunden und durchgeschnitten. Der Schildknorpel wurde von den Muskeln und der Fascie frei gemacht und alle blutenden Stellen unterbunden.

Die Trachea wurde zwischen dem Ringknorpel und dem ersten Ringe eröffnet und eine gut passende, bleierne Canüle eingelegt, an welche ein Gummirohr behufs Chloroformirung befestigt war.

Der Kehlkopf wurde vom Oesophagus hauptsächlich mit dem Messergriff abgelöst. Die oberen Hörner des Schildknorpels, sowie das Ligam. thyreohyoid. wurden gespalten und die übrigen Anheftungsstellen mit der Scheere getrennt; die Epiglottis wurde an der Basis durchgeschnitten.

Die Artt. thyreoid. superior., welche stark bluteten, wurden sofort unterbunden. Die Wunde wurde mit Jodoform bestreut und mit absorbirender Watte bedeckt.

Der Patient wurde einen Tag lang mit Clystiren ernährt. Ein Carbolspray war beständig im Zimmer in Thätigkeit.

Am zweiten Tage wurde ein Gummicatheter durch die Wunde geführt und etwas Milch mit Kalkwasser durch denselben in den Magen geführt.

Die Ernährung durch die Sonde und Clystire wurde fortgesetzt, indem bei jeder Fütterung die Sonde wieder eingeführt wurde.

Am vierten Tage trat eine silberne Canüle von kleinerem Caliber an die Stelle der bleiernen.

Einen Tag um den anderen wurde der kleine Finger aufwärts bis zum Beginne des Oesophagus geführt, um den Weg für die obere Röhre des künstlichen Kehlkopfs frei zu halten.

Der Patient hatte eine gute Reconvalescenz und wurde zwei Monate nach der Operation, die untere Röhre eines künstlichen Kehlkopfs tragend, entlassen.

Etwa fünf Wochen darauf wurde Patient wieder chloroformirt und die obere Wunde von Neuem geöffnet, um die obere Röhre einzuführen. Seine Stimme wurde dadurch zwar gut, aber es gelangten die Flüssigkeiten in den Kehlkopf. Es wurde daher die künstliche Ernährung durch die Sonde wieder aufgenommen.

Die laryngoscopische Untersuchung ergab, dass die silberne Röhre bis gerade über die Epiglottis heraufreichte, welch' letztere sehr ödematös erschien.

Kurze Zeit darauf trat ein Recidiv der Neubildung in dem vorderen Gaumenbogen auf, welches sehr schnell wuchs. Man entschloss sich, die obere Röhre zu entfernen und die obere Wunde zuheilen zu lassen. Es wurde eine silberne Röhre, ähnlich einer Tracheotomiecanüle eingeführt.

G. bemerkt, dass dieser Fall deshalb beachtenswerth sei, weil er einer derjenigen wenigen Fälle ist, wo der Patient länger als vier Monate nach der vollständigen Exstirpation des Larynx noch lebte. A. E. GARROD.

99) **Stoerk** (Wien). **Ueber Larynxexstirpation wegen Krebs. Heilung eines Falles mit Herstellung normaler Respiration und Phonation.** *Wiener med. Wochenschr. No. 49 u. 50. 1887.*

St. betont zunächst, dass das Papillom aus starker Wucherung des Epithels hervorgeht, und dass besonders jene an verschiedenen Stellen des Kehlkopfes in

Häufchen aufsitzenden Papillome viele Jahre lang bestehen können, ohne bösartig zu werden, dass aber die nur an einer Stelle wuchernden zumeist (? Red.) schon die Prädisposition zu ihrer späteren Umwandlung in Carcinome mit sich bringen. Diese Umwandlung vollzieht sich nach St. in der Weise, dass die Basis fester, röther und unbeweglich wird, dass die Zerklüftung nur an der Oberfläche sichtbar bleibt, und dass die Epithelzapfen in die Tiefe, bis in die Muskeln vordringen, bis endlich von dem originären Gewebe nur ein Minimum übrigbleibt. Die Oberfläche des Tumors ist dann abgerundet, mit einem filzigen grauweissen Belage bedeckt und hornartig anzufühlen. Beschleunigt wird eine solche Umwandlung durch endolaryngeale Operationen, besonders Aetzungen, während sie ohne solche Jahre lang stationär bleiben können.

Die Exstirpation des Larynx in toto oder einzelner Theile desselben geben dann die besten Aussichten auf Heilung, wenn das Carcinom isolirt im Innern des Kehlkopfes sitzt, weil dann erfahrungsgemäss die Infection benachbarter Lymphdrüsen lange auf sich warten lässt. Anschliessend an diese allgemeinen Erörterungen giebt St. die Geschichte des Falles, den er seit 14 Jahren beobachtet. Im Jahre 1873 entfernte er einen halbkugeligen Papillomhaufen vom linken Stimmbande, nach 2 Jahren wieder u. s. w., bis 1883 der Tumor sehr gross, fest aufsitzend wurde und Athembeschwerden machte. Die Tracheotomie brachte wegen starker Wucherung der Neubildung wenig Erleichterung. St. entschloss sich daher zur Larynxexstirpation, doch derart, dass die Platte des Ringknorpels erhalten bliebe, damit die Luftwege von der Speiseröhre abgeschlossen bleiben könnten.

St. führte die Operation nach präventiver Trachealtamponade so aus, dass er selbst den Hautschnitt und die Spaltung des Kehlkopfes machte, Primarchirurg Gersuny aber, knapp am Knorpel sich haltend, mit dem Raspatorium den ganzen Kehlkopf heraushebelte. Es konnte also die Ringknorpelplatte nicht erhalten werden, wohl aber die ihr hinten aufliegende Schleimhaut sammt Musculatur und die beiden Arkaden, ebensowie die Epiglottis, deren seitliche Ränder mit der vorderen Arkade vernäht wurden. Die Schleimhautüberzüge der ebenfalls entfernten Giesbeckenknorpel wurden in gleicher Weise zusammengenäht, der ganze Canal mit Jodoformgaze austamponirt, und die Hautwunde darüber exact geschlossen; die Ernährung erfolgte durch einen in den oberen Wundwinkel eingelegten Nélaton-Catheter. Die Wundheilung verlief anstandslos, und schon am 4. Tage konnte der Kranke gut schlingen. Nach Entfernung des Jodoformgazetampons wurde eine Schornsteincanüle mit kurzer Kehlkopfröhre eingelegt, worauf der Kranke gut schlingen und auch mit rauher Stimme sprechen konnte. Diese Stimme entstand in einer querliegenden Glottis, welche vorne von dem Nodus epiglottidis, hinten von der Schleimhaut der hinteren Kehlkopfwand gebildet wurde. Mit der Retraction der Haut wurde später nach und nach der dem exstirpirten Kehlkopfe entsprechende Hohlraum so sehr nach hinten gezogen, dass man darnach den Schornstein der Canüle ebenfalls anders gestalten musste; zugleich hatte sich aus der queren Glottis eine sagittale entwickelt, deren Zustandekommen St. von dem Vorhandensein von circulären Muskelfasern in dem künst-

lich gebildeten Kehlkopfeingange und dem Zuge der erhalten gebliebenen Musculi thyreo-palatini und thyreo-styloidei ableitete.

Der Patient befindet sich jetzt wohl, kann essen, trinken und sprechen, muss aber natürlich seine Schornsteincanüle tragen, deren äussere Oeffnung aber Tag und Nacht geschlossen ist. CHIARI.

100) Chiarella (Siena). **Betrachtungen über einen neuen Fall von Totalexstirpation des Larynx und des Zungenbeins und partieller Exstirpation des Pharynx, ausgeführt von Prof. Novaro. (Considerazioni sopra un nuovo caso di estirpazione totale della laringe e dell' osso ioide e parziale della faringe.)** *Archivii ital. di Laringologia. Fasc. IV. 1887.*

Unter dieser Ueberschrift bringt Ch. drei ausführliche Kranken- und Operationsgeschichten, deren Wiedergabe hier zu weit führen würde. Die Zahl sämmtlicher von Novaro wegen Epithelioms ausgeführten Totalexstirpationen des Larynx beläuft sich bis jetzt auf sieben. Sie betrafen nur Männer.

I. P. A. 63 Jahre. Operation am 19. August 1880. Im December Recidiv in der Schilddrüse und dem Pharynx. Entfernung dieser Theile am 10. Jan. 1881. Tod am 25. Jan. an Nachblutung.

II. P. F., 65 Jahre. Operation am 28. Jan. 1882. Tod am 8. März 1883 an Asphyxie. Einen Monat vor dem Tod war keine Spur von Recidiv zu constatiren.

III. R. L., 72 Jahre. Operation am 18. Aug. 1882. Tod am 19. April 1883 durch Apoplexie in Folge Eindringens einer Feder, mit der Pat. die Trachealcanüle hatte reinigen wollen. Die Autopsie ergab die vollständige Abwesenheit eines Recidivs.

IV. P. B., 52 Jahre. Operation am 26. Juli 1883. Lebt mit einem seit einigen Monaten constatirten Recidiv.

V. V. V., 54 Jahre. Operation am 1. Octbr. 1883. Tod am 3. Novbr. 1883 an croupöser Pneumonie. Pat. war bereits ausser Bett und fieberfrei gewesen. (Kein Recidiv.)

VI. C. P., 41 Jahre. Operation am 3. März 1887. Dies ist der im Titel genannte Fall, in welchem das Zungenbein und ein Theil des Pharynx mitresecirt und eine nachträgliche Plastik vorgenommen wurde. Pat. lebt; es zeigen sich aber verdächtige Härten.

VII. P. G., 72 Jahre. Operation am 14. Juli 1887. 17 Tage nach derselben befindet sich Pat. wohl.

Novaro ist ein Anhänger der Kehlkopfexstirpation, er ist nicht der Ansicht Massei's, dass die Operation das Leben abkürze, und seine Statistik spricht deutlich genug für die Vorzüge derselben vor der Palliativbehandlung.

Bei den zwei ersten Operationen gebrauchte N. die Trendelenburg'sche Tamponcanüle. Da sie aber unbrauchbar wurde, musste er während der Operation den Kranken in die sogen. Rose-Maas'sche Lage bringen, die er nun für alle folgenden Fälle adoptirte. Die Narcose wurde durch ein in die Trachea eingeführtes Gummirohr besorgt. N. schliesst die Operationswunde nur zum Theil, er zieht es vor, sie später durch eine Plastik zu verkleinern. Von ihr aus führt

er in den Magen eine Sonde, die 3—5 Tage liegen bleibt und später vom Mund aus eingeführt wird. Die Wunde wird sehr sorgfältig mit Jodoformgaze ausgestopft und diese in den ersten Tagen alle 2—3 Stunden gewechselt (später noch für lange Zeit mindestens 3mal täglich). Der Kranke liegt, wie es ihm bequem ist. Die von Thiersch vorgeschlagene Lage mit herabhängendem Kopf hat N. nicht durchsetzen können. Einen künstlichen Kehlkopf verwendet er nicht, da seine Kranken auch ohne einen solchen sprechen konnten. KURZ.

101) **E. Hahn** (Berlin). **Ueber die Endresultate seiner wegen Carcinom ausgeführten Kehlkopfexstirpationen.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 49. S. 919. 1887.*

H. machte 14 Exstirpationen des Kehlkopfs, darunter 6 halbseitige (vergl. ibidem S. 933), davon leben und sind gesund 2, eine totale und eine halbseitige Exstirpation. Letztere ist der Fall, den H. in London in der Praxis von Felix Semon operirte. Bei ihm ist an der Stelle der Tracheotomiewunde in der Trachea ein einer Bleistiftspitze ähnlicher Höcker entstanden, der sich nicht vergrössert und, wie Hahn später nachtrug, nicht als Recidiv angesehen werden darf. H. berichtete ausserdem über einen Fall, den er erst vor wenigen Tagen operirte und der die Operation etc. gut überstand. Von einem Fall ist es ungewiss, ob er noch lebt oder ob er in ein Recidiv trat. In der Berliner med. Gesellschaft, in welcher H. diese Mittheilungen machte, demonstrirte er die entfernten Kehlkopfstheile. Er erwähnte, dass die Operation meist bei weit vorgeschrittenem Leiden stattgefunden habe. B. FRAENKEL.

102) **Stelzner. Ueber Kehlkopfexstirpationen mit Vorstellung eines Kranken.** *Jahresbericht der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden. 1886—1887.*

Der Fall ist insofern interessant, als Stelzner nicht nur den ganzen Larynx, sondern auch die Trachea bis zum Manubr. sterni entfernte und dem Kranken einen verlängerten Gussenbauer'schen Kehlkopf einsetzte.

In der Debatte bemerkt Beschorner, dass er zwei Fälle gesehen, bei welchen nach der Tracheotomie die Wucherungen aufgehört hätten und dass im Allgemeinen Kranke, welchen man den Larynx nicht herausnehme, eine leidlichere Existenz führten, als Operirte. Schlesinger berichtet über gegentheilige Beobachtungen und betont, man mache die Operation in der Regel zu spät, daher kämen auch die ungünstigen Resultate. SCHECH.

103) **Böhmer. Ueber Totalexstirpation des Larynx.** Inaug.-Dissert. Würzburg. 1887.

An eine Tabelle über sämmtliche bisher in der Literatur bekannt gewordenen Fälle von Exstirpation des Larynx schliesst B. die Krankengeschichte eines von Seifert längere Zeit beobachteten und von Rosenberger operirten Falles an, bei welchem die Totalexstirpation des Kehlkopfes vorgenommen wurde. Der Erfolg der Operation war wegen des decrepiden Zustandes des Pat. ein schlechter, es trat der Tod schon 12 Stunden nach der Operation ein.

Interessant war dieser Fall dadurch, dass ursprünglich gutartige Papillome des Kehlkopfs eine Umwandlung in Carcinom erfahren hatten, wie die Vergleichung der früher von Seifert auf endolaryngealem Wege entfernten Tumoren mit der nach der Exstirpation des Kehlkopfs untersuchten Geschwulst mit Evidenz ergab. SEIFERT.

f. Schilddrüse.

104) **E. Fränkel** (Hamburg). **Präparat von angeborenem Defect des rechten Lappens der Schilddrüse.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 30. S. 677. 1887.*

Das Präparat wurde bei einer Frau von 77 Jahren gefunden und im Anschluss an ein Referat über Cachexia strumipriva und Myxödem im Hamburger Verein demonstrirt. Der linke Lappen war hypertrophisch. B. FRAENKEL.

105) **Th. Barlow** (London). **Acute Vergrösserung der Schilddrüse bei einem Kinde. (Acute enlargement of the thyroid gland in a child.)** *British Medical Journal. 17. December 1887.*

Vortrag vor der Clinical Society of London am 9. December 1887. Idiopathische Thyroiditis bei einem 9jährigen Knaben, die nach 4tägigem acuten Stadium und einer Gesammtdauer von etwa 14 Tagen in Genesung endete. Die Entzündung der Schilddrüse schloss sich an einen leichten Nasencatarrh an. — In der Discussion beschrieben Dr. Stephen Mackenzie, Mr. Berry und Dr. Angel Money einschlägige Fälle, und es wurde merkwürdiger Weise viel darüber verhandelt, ob Fälle sehr acuter Vergrösserung der Schilddrüse den Kröpfen beizuzählen seien oder nicht. Die erstere Ansicht wurde von Mr. Berry aufgestellt, die letztere vom Vortragenden siegreich vertheidigt. Die Discussion ist recht lesenswerth. SEMON.

106) **De Soyre. Ueber die Abhängigkeit des Kropfes von der Schwangerschaft und der Entbindung. (Du goitre dépendant de la grossesse et de l'accouchement.)** *Archiv de Tocol. et des mal. de femmes. Januar 1887.*

Der Titel sagt, worum es sich handelt. Verf. hat seine Arbeit nach den von De Burine, Duguet, Terillon und Sebilleau über diesen Gegenstand veröffentlichten Artikeln angefertigt, ohne diesen etwas Neues hinzuzufügen.

E. J. MOURE.

107) **Terillon** (Paris). **Retrosternale Struma mit Erstickungsanfällen, drohender Asphyxie. Tracheotomie. Befestigung beider Lappen der Schilddrüse an die Aponeurosen des Halses nach der Methode von Bonnet. Schwierigkeit, die Trachealcanüle zu entfernen, welche drei Jahre liegen bleibt. Heilung. (Goitre plongeant avec accès de suffocation, Menace d'asphyxie rapide. Trachéotomie. Fixation de deux lobes du corps thyroïde aux aponévroses du cou par la méthode de Bonnet. Difficulté pour enlever la canule trachéale, qui reste en place pendant 3 ans. Guérison.)** *Ann. des mal. de l'or. etc. No. 7. Juli 1887.*

Der Titel zeigt an, um was es sich handelt. E. J. MOURE.

108) **P. Dittrich** (Prag). **Umfangreicher intrathoracischer Tumor, bedingt durch eine Strumacyste.** *Prager med. Wochenschrift. No. 31. 1887.*

Der schon im Leben diagnosticirte Tumor erwies sich bei der Autopsie als eine mannskopfgrosse Cyste, deren Wand aus Schilddrüsengewebe bestand. Dieselbe lag im rechten Brustraume und verdrängte die Lunge. Auf dem oberen Geschwulstpole lag ein dicker Mantel von Schilddrüsengewebe, welches aber rechts nicht über den 3. Trachealring hinaufreichte; wahrscheinlich war also der rechte

Schilddrüsenlappen durch den Zug der Cyste nach abwärts dislocirt. Der Isthmus fehlte ganz. Der linke Schilddrüsenlappen reichte bis zur Mitte des Schildknorpels. Die Trachea war etwas nach links verschoben, leicht abgeplattet. CHIARI.

109) **F. Cardone** (Neapel). **Hypertrophie der Schilddrüse bei Dystrophieen der Milz. (Ipertrofia della tiroide in coincidenza con distrofie della milza.)** *Arch. ital. di Laryngologia. Fasc. IV. 1887.*

Ein Fall von Ceci, in welchem nach der Splenectomie die Schilddrüse an Umfang zugenommen hatte, veranlasst den Verf. zur Publication zweier eigener Beobachtungen. Die eine betrifft eine Frau mit chronischem Milztumor (Malaria), bei der in den letzten Monaten sich eine hühnereigrosse Schilddrüsenschwellung entwickelte, während zugleich der Milztumor stark wuchs; die andere betrifft ebenfalls eine Frau mit Milztumor, bei der die Schilddrüse bis zu Apfelgrösse wuchs.

C. ist geneigt, die Vergrösserung der Schilddrüse in solchen Fällen für eine wahre Hypertrophie des Organs zu halten, bedingt durch vermehrte Function in Folge der verminderten oder aufgehobenen Function der Milz. Den Schluss bilden Erörterungen über die Function der Schilddrüse unter Anführung der Experimente und Ansichten von Horsley, Virchow, Ewald etc. KURZ.

110) **Martha** (Paris). **Jodinjectionen zur Behandlung der Struma. (Des injections iodées dans le traitement des goitres)** *Gaz. des hôp. No. 84. 9. Juli 1887.*

M. macht eine Studie über diese Frage, wobei er die von Duguet über diesen Gegenstand geäusserten Ideen sich zu eigen macht. Er citirt zwei neue Fälle von rapider Heilung nach dieser Methode und berichtet über die von Duguet (Paris 1886) aufgestellte statistische Tabelle. E. J. MOURE.

111) **Hutyra** (Budapest). **Beiträge zur pathologischen Anatomie der Hausthiere.** **Aus dem pathol.-anatom. Institute des k. k. Militair-Thierarznei-Institutes in Wien.** *Oesterr. Zeitschrift für wissenschaftliche Veterinärkunde. Bd. 1. Heft 2. 1887.* **Wien. Braumüller.**

Unter einzelnen Fällen hebe ich nur Fall 2 hervor: Metastatisches Schilddrüsenadenom in der rechten Herzkammer des Hundes. Das interacinöse Bindegewebe war durch grossen Zellenreichthum ausgezeichnet. (Wölfler's interacinöses Adenom.) H. glaubt, dass auch sonst gutartige Neubildungen unter Umständen zu Metastasen führen können und bespricht Cohnheim's und Wölfler's Ansichten eingehend. CHIARI.

g. Oesophagus.

112) **Störk** (Wien). **Ein neues Oesophagoscop.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 34. 1887.*

Es handelt sich um eine 10 cm lange verticale Röhre, aus welcher mittelst einer Zahnstange und Kette eine kleinere Röhre nach unten vorgeschoben werden kann, um auch die tieferen Theile der Speiseröhre zu besichtigen. Vor dem Ein-

führen wird meistens der Rachen und der oberste Theil der Speiseröhre mit 10proc. Cocainlösung bepinselt; das untere Ende der Röhre wird durch einen Schwammobturator geschlossen, um die Einführung schmerzlos zu gestalten. Die verticale Röhre ist fest mit einer horizontalen Halbröhre von ca. 12 cm Länge verbunden, in welcher die Kette läuft; am Mundende der Halbröhre befindet sich ein Handgriff. Die Inspection geschieht mittelst eines über die obere Oeffnung der verticalen Röhre gehaltenen Kehlkopfspiegels. St. rühmt von dem Instrumente Billigkeit, Einfachheit und grosse Leistungsfähigkeit. CHIARI.

113) v. **Hacker** (Wien). **Zur Kenntniss des Einflusses der Krümmungen der Wirbelsäule auf die Weite und den Verlauf des Oesophagus.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 46. 1887.*

Was die Halswirbelsäule anlangt, so folgt der Oesophagus den Bewegungen und Krümmungen derselben, was ja schon aus dem Umstande hervorgeht, dass durch Vorwärtsneigen des Kopfes die Einführung biegsamer Sonden sehr erleichtert wird. Lordosen der Halswirbelsäule erschweren, Kyphosen dagegen erleichtern diese Procedur.

In dem Brusttheile ist dieses Verhältniss nicht so strenge ausgesprochen, ausser wenn die Speiseröhre durch entzündliche Vorgänge an die Wirbelsäule fixirt wird. Im Allgemeinen konnte H. bei skoliotischen Cadavern durch Gypsausgüsse des Oesophagus nachweisen, dass die Speiseröhre das Bestreben zeigt, in der Richtung der Concavität der Wirbelsäulenkrümmung auszuweichen; doch ist die Art und Grösse der Abweichung verschieden. Am geringsten ist sie bei schwacher Krümmung im unteren Brusttheile. Bei Convexität der oberen Brustwirbelsäule nach links und der unteren nach rechts fand H. einige Male den unteren Theil der Speiseröhre erweitert, im entgegengesetzten Falle dagegen verengert. Die stärksten Biegungen der Speiseröhre sah er in solchen Fällen, wo 2 einander compensirende Krümmungen der Brustwirbelsäule rasch aufeinander folgten, und die untere Krümmung sehr bedeutend war. In Bezug auf Details ist auf das Original und eine demnächst erscheinende grössere Arbeit zu verweisen. CHIARI.

114) **Handford** (Nottingham). **Erweiterung des Oesophagus. (Dilatation of oesophagus.)** *Brit. Med. Journal. 22. October 1887.*

H. zeigte in der Sitzung der Pathol. Society of London vom 18. October 1887 eine erweiterte Speiseröhre. die von einem 52jährigen Patienten stammte, der seit mehr als 5 Jahren an Regurgitation des Genossenen, bisweilen sofort nach den Mahlzeiten, bisweilen $^1/_2$—1 Stunde später, gelitten hatte. Er starb an Insufficienz der Aortenklappen. Bei der Autopsie fand sich starke Herzhypertrophie, Insufficienz der Aortenklappen und enorme Dilatation der ganzen Brustaorta bis auf ihren untersten Abschnitt, wo die Erweiterung stark abnahm. Der Oesophagus war durchgehends sehr bedeutend erweitert bis zu seiner Durchgangsstelle durch das Diaphragma, wo sein Kaliber um sehr wenig geringer als normal war, ohne dass sich an der betreffenden Stelle eina Induration oder Strictur gefunden hätte. Er enthielt mehrere Unzen unverdauter Nahrung. Seine grösste

Weite nach mehrmonatlicher Aufbewahrung in Spiritus war $3^1/_2$ Zoll; dicht oberhalb der Cardia mass er $1^1/_3$ Zoll. Das Mikroscop liess keine nennenswerthe Veränderung in seinen Wandungen erkennen. Der Magen war gesund. — H. war der Ansicht, dass möglicherweise die dilatirte Aorta bei ihrer Passage durch das Zwerchfell den Oesophagus gegen die centrale sehnige Portion gedrückt und so die freie Nahrungspassage gehindert haben könnte. Andere mögliche Ursachen seien allgemeine musculäre Atrophie, wie in Fällen von Klebs und Luschka oder ein Vagusleiden. Eine einfache congenitale Stenose sei unwahrscheinlich. — In der Discussion gedachte Dr. Bristowe eines ähnlichen Falles, in welchem der Patient, der noch wenige Monate vor seinem Tode ganz gesund gewesen war, sein Leiden auf das Trinken eines Glases Bier zurückführte, während dessen Genusses er Schmerzen empfunden hatte. In diesem Fall fand sich bei der Autopsie Catarrh der Speiseröhre. SEMON.

115) **Mermod** (Yverdon). **Diffuse Erweiterung der Speiseröhre ohne organische Verengerung derselben. (Dilatation diffuse de l'oesophage sans retrécissement organique.)** *Revue méd. 1887.*

Speisen und Getränke gelangen zum grössten Theil in einen wenig oberhalb der Cardia gelegenen Sack. Die Kranke ist stark abgemagert. Im Magen hat sie Hungergefühl, oberhalb hinter dem Brustbein Gefühl von Völle; in der Nacht mehrere Stunden Husten, gegen Morgen Erbrechen unverdauter Speisen und Flüssigkeiten. Diese Erscheinungen sollen merkwürdiger Weise plötzlith entstanden sein. Sondenernährung hebt den Ernährungszustand rasch, das Uebrige soll bei der erst seit Kurzem in M.'s Behandlung stehenden Patientin der electrische Strom thun. JONQUIERE.

116) **C. Geill** (Kopenhagen). **Klinische Studien über die acute Carbolsäurevergiftung. (Klinlske studier over den akute karbolsyreforgiftning.)** 138 Ss. Kopenhagen. 1887.

Aus dieser Dissertation ist hier nur hervorzuheben, dass der Verf. bei Besprechung der Symptomatologie hervorhebt, dass oft eine Verengerung des oberen Theiles des Oesophagus als Folgeleiden eintritt, wodurch die Einführung der Magensonde gehindert wird. In 3 Fällen war die Einführung ganz unmöglich, so dass man in einem dieser Fälle die Oesophagotomia externa ausführen musste, um die Magensonde durch die Wunde in den Magen hineinzuleiten. Als Ursache dieser Verengerung meint der Verf. die Aetzung der Oesophagusschleimhaut und nicht einen Spasmus der Musculatur anschuldigen zu müssen. SCHMIEGELOW.

117) **Couetoux** (Nantes). **Zufälle bei der Magenauspumpung, Einführung der Sonde in die Luftwege. (Accidents du pompage stomaccal, introduction du tube dans les voies aériennes.)** *Ann. des mal. de l'or. etc. No. 7. Juli 1887.*

Verf. betont sehr, dass man den Kranken vor der Nahrungseinführung sprechen lassen solle, um sich zu vergewissern, dass sich die Sonde thatsächlich im Oesophagus befinde. E. J. MOURE.

118) **J. Theodore Richards** (Birkenhead). **Ein Fall von Retro-oesophagealabscess. (A case of retro-oesophageal abscess.)** *Lancet. 15. October 1887.*

Ein Kind von 3 Jahren litt an Pott'scher Kyphose der oberen Rücken-

wirbel. Es hielt seinen Kopf nach links geneigt und klagte über Schmerzen bei Bewegung und beim Druck auf die Krümmungsstelle. Bei seiner Aufnahme in's Krankenhaus bestand Kehlkopf- und Nasenstridor. beträchtliche Dyspnoe und Einziehung der Weichtheile. Auf der Brust keine abnormen physikalischen Symptome. Sowohl feste wie flüssige Nahrung wurde gut genommen und leicht geschluckt. Die Stimme war frei, niemals grosse Athemnoth. Am 6. Tage nach seiner Aufnahme stieg die Temperatur, welche etwa 37,5° betragen hatte, und es entwickelte sich eine Bronchopneumonie, an der das Kind schnell verstarb.

Bei der Autopsie fanden sich, abgesehen von den Veränderungen in den Lungen und der Pleura, zahlreiche verkäste und verkalkte Drüsen rings um die Trachea. Hinter dem Oesophagus, und zwar mit demselben verwachsen. befand sich eine fluctuirende weiche, ovale Geschwulst, grösser als eine Rosskastanie. Es war dies ein Abscess, welcher von der Wirbelsäule ausging und gerade 3 cm unterhalb des Kehlkopfes sass.

Die Körper des 7. Hals- und des 1. Rückenwirbels, welche die Rückwand des Abscesses bildeten, waren fast ganz zerstört; die Körper des 2. und 3. Rückenwirbels waren gleichfalls cariös.

R. bemerkt, dass dieser Fall ein ungewöhnlicher sei, erstlich wegen des tiefen Sitzes des Abscesses und dann wegen des Fehlens jeglicher Schlingbeschwerden.

A, E. GARROD.

II. Kritiken und Besprechungen.

a) **Société française de laryngologie.** Sitzung vom 27. October 1887.

Ruault. Oedematöse Epiglottis. Unter diesem Titel theilt R. die Beobachtung einer Frau von 26 Jahren mit, welche an einer Halsentzündung litt. Seit einigen Tagen hatte sie das Gefühl eines Fremdkörpers im Isthmus faucicum. Bei der Untersuchung fand R. an der Larynxseite der Epiglottis einen Tumor, welcher das Aussehen einer Cyste hatte. Die Punction liess nur ein wenig Blut austreten; die Kranke wurde mit dem Galvanocauter schnell geheilt. Es handelte sich um ein Oedem, welches auf die Schleimhaut der Epiglottis beschränkt war.

Moure frägt, ob man den Urin mit Rücksicht auf Albumen untersucht habe.

Ruault erwidert verneinend, glaubt jedoch nicht, dass die Patientin Albuminurie hatte.

Vacher erwähnt einen Fall von Oedem der Epiglottis nach Einführung von Jodtinctur.

Moure. Gumma des Nasenflügels. (Tumeur gommeuse de l'aile du nez.) M. betont die Seltenheit der Gummata der Nasenhöhlen. So ausführlich die tertiären Ulcerationen von den Autoren beschrieben werden, so beschränkt und kurz sind die Beschreibungen der Gummata. M. berichtet einen Fall bei einer 28jährigen Frau. Der Tumor, ulcerirt und fungös, nahm die Innenseite des

linken Nasenflügels ein. Der behandelnde Arzt, der an einen malignen Tumor glaubte, hatte die Exstirpation vorgeschlagen. Die Kranke genas schnell unter einer combinirten Behandlung, während Jodkali, welches zunächst allein verordnet wurde, keine Wirkung erzielt hatte.

Neue Instrumente.

Ruault zeigte einen Schlingenschnürer für Larynx und Nase, der sich concentrisch verengen kann. Während dieses Manövers bleibt die Schlinge in derselben Ebene, ohne sich zu verschieben, was dem Operateur eine Sicherheit im Handeln giebt, die mit den gegenwärtigen Instrumenten schwer zu erreichen ist.

E. J. MOURE.

b) H. T. Butlin. **Krankheiten der Zunge.** Deutsch bearbeitet und herausgegeben von Dr. Julius Beregszászy, Assistenzarzt an der allgem. Poliklinik in Wien. Mit 8 chromolithogr. Tafeln und 3 Holzschnitten. Wilh. Braumüller. Wien. 1887.

Es ist ein grosses Verdienst von Beregszászy, das epochemachende Werk von Butlin, dessen englische Ausgabe bereits in diesem Blatte ausführlicher besprochen wurde, in's Deutsche übersetzt und so einem grösseren Leserkreise zugänglich gemacht zu haben. Ueberdies versah der geehrte Uebersetzer das Buch noch mit zahlreichen Anmerkungen, welche sich theils auf solche seltenere Fälle beziehen, die seit dem Erscheinen der englischen Ausgabe bekannt wurden, theils neuere Medicamente betreffen, welche in der Therapie der Zungenkrankheiten empfehlenswerth schienen. So empfiehlt z. B. Beregszászy bei Leukoplakia ganz besonders die Salicylsäure als Bepinselung mit Spir. vini oder Aether und Aq. destill. ana 1 : 20—1 : 10 oder als Spray. Neu ist ferner das Kapitel Actinomykose, die, wie es scheint, täglich wachsend mehr an Verbreitung gewinnt. Das Buch kann Allen, welche sich eingehend mit Zungenkrankheiten beschäftigen wollen, bestens empfohlen werden.

SCHECH.

c) H. J. Vetlasen (Norwegen). **Aetiologische Studien über Struma. (Etiologiske Studier over Struma.)** 88 Ss. Christiania. 1887.

Der V. hat in dieser sehr interessanten und gewissenhaft ausgeführten Arbeit die Resultate von 117 Beobachtungen von kropfigen Individuen, die er während eines Zeitraumes von ungefähr 4½ Jahren in seinem Bezirk in Norwegen (Hamar und Umgegend) zu verfolgen Gelegenheit hatte, niedergelegt.

Die Arbeit wird mit einer literarischen Uebersicht über das Wesen und die Aetiologie des Kropfes eingeleitet. Dann folgt eine tabellarische Zusammenstellung der 117 Observationen, in welcher auch die Grösse des Kropfes, die hereditäre Disposition, Familienverhältnisse, insbesondere eventuelle strumöse Mitglieder der Familie notirt sind. Schliesslich werden die Resultate, zu denen V. gekommen ist, besprochen.

Er hat sehr selten bedeutende Grösse des Kropfes angetroffen. Es handelte sich nur um 6 Männer gegen 111 Weiber. Was den Zeitpunkt, in welchem der Kropf sich zu entwickeln anfing, betrifft, so waren alle Altersstufen repräsentirt, doch ist es selten, dass die Affection nach dem 40. Jahre beginnt. In ätiologischer Beziehung ist zu bemerken, dass in 63,2pCt. seiner Observationen die Krankheit zugleich bei nahen Verwandten vorkam.

V. hat gefunden, dass Hemikranie einen hervorstehenden Platz unter den complicirenden oder correspondirenden Affectionen einnahm; so wurde Hemikranie bei den Strumösen in 21,4 pCt. der Fälle und bei den Verwandten in 37,6 pCt. beobachtet. Die Häufigkeit dieser Verhältnisse ist, sagt V., zu auffallend, um nur accidentell zu sein. Er betrachtet beide Zustände als Ausdruck einer und derselben Ursache, nämlich eines Leidens des Halssympathicus, insbesondere des Ganglion cervicale infimum, und schliesst sich in dieser Beziehung der Woakes'schen Anschauung an, dass der Kropf durch pathologische Veränderungen des Ganglion cervicale infimum bedingt ist. — Eine hämorrhagische Disposition hat V. in 18,9 pCt. der Strumösen und in 37,3 pCt. von deren Verwandten gefunden.

Ich muss mich auf diese Bemerkungen beschränken, kann aber nur die Arbeit zum weiteren Studium empfehlen. SCHMIEGELOW.

III. Briefkasten.

Zur Sammelforschung des Centralblattes.

Wir erlauben uns, unsere Leser darauf aufmerksam zu machen, dass am 31. März der Termin für die Einsendung der Beiträge abläuft. Da unmittelbar darauf die Bearbeitung des grossen, uns zur Verfügung gestellten Materials beginnen soll, die Beiträge in alphabetischer Reihenfolge zur Verwerthung herangezogen werden und eine grosse Anzahl von ziffermässigen Berechnungen vorgenommen werden muss, können später eingehende Beiträge nicht berücksichtigt werden, und wir bitten daher alle diejenigen Collegen, die sich an der Sammelforschung betheiligen wollen und ihren Beitrag bisher noch nicht eingesandt haben, den genannten Termin pünktlich einzuhalten.

Schon jetzt können wir unseren Lesern mittheilen, dass der Erfolg der Sammelforschung ein vollkommener zu werden verspricht. Bis zum heutigen Tage (18. Februar), an dem erst etwa die Hälfte der Einlieferungsfrist verstrichen ist, sind uns 2300 Fälle von gutartigen Neubildungen mit über 2000 Operationen zur Verfügung gestellt, und mehr als 1000 weitere Operationsfälle zugesagt worden.

Unter denjenigen Collegen, die Beiträge bereits eingeschickt oder versprochen haben, befinden sich — um nur einige Namen zu nennen — die Herren: Beschorner, Betz, Bresgen, Butlin, Chiari, Eeman, Fauvel, B. Fränkel, Hopmann, C. H. Knight, Paul Koch, Lewin, Massei, Moure, Oertel, Rossbach, Schaeffer, Schech, Scheff, Moritz Schmidt, Schmiegelow, Schnitzler, v. Schroetter, Seifert, Tauber.

Das Ergebniss der Sammelforschung wird daher sicherlich als ein durchaus repräsentatives bezeichnet werden können. Hoffentlich wird es unsere Erwartungen noch übersteigen!

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang IV. Berlin, April. 1888. No. 10.

I. Referate.

a. Aeusserer Hals.

1) **F. Bowreman Jesselt** (London). **Pathologie, Symptomatologie und Therapie der Halstumoren. (On tumours of the neck; their pathology, symptoms and treatment.)** *Med. Press and Circular. 25. Mai, 1., 8. u. 15. Juni 1887.*

J. bespricht in diesen Vorlesungen ausführlich die verschiedenen vorkommenden Halstumoren. Das Gebiet ist zu gross, als dass wir einen so eingehenden Auszug bringen sollten, wie er nothwendig wäre, um dem Autor gerecht zu werden. Es muss daher auf das Original verwiesen werden. A. E. GARROD.

2) **F. Treves** (London). **Congenitaler, knorpliger Tumor des Halses. (Congenital cartilaginous tumour of neck.)** *Brit. Med. Journal. 5. November 1887.*

In der Sitzung der Pathol. Society of London vom 1. November 1887 zeigte T. einen knorpligen Tumor vom Halse eines 3jährigen Mädchens, der vom Augenblicke der Geburt an beobachtet war. Derselbe hatte an der linken Seite gerade oberhalb des Sternalendes des Sternocleidomastoideus in der Linie des 4. Kiemenbogens gesessen und ein fibröser. mit der Hauptmasse zusammenhängender Strang zog tief in der Richtung nach der Wirbelsäule hin.

T. machte auf die Seltenheit knorpliger, nicht mit Fisteln zusammenhängender Tumoren in dieser Gegend aufmerksam, und Sir James Paget pflichtete ihm in der Discussion hierin bei. SEMON.

3) **J. Duncan** (Edinburgh). **Tumoren des Halses, exstirpirt zugleich mit grossen Stücken der Vena jugularis interna. (Tumors of the neck removed together with large portions of the internal jugular vein.)** *Edinburgh Medical Journal. October 1887.*

D. stellte zwei Patienten vor und beschrieb den Fall eines dritten, welche alle in einem Monat operirt und bei welchen allen die Wunden geheilt waren. In einem Fall waren nicht nur 9 Ctm. von der Vena jugul. interna, sondern auch ein Stück des Nerv. hypoglossus entfernt worden. In diesem Falle war die Zunge nach einer Seite gezogen. doch war theilweise Verbesserung eingetreten.

M'BRIDE.

4) **Pusey. Lymphangiom. (Lymph-angiomatous tumour.)** *Liverpool Medico-chir. Journal. Juli 1887.*

Der Tumor sass im Genick und erstreckte sich vom Hinterhaupt zu der Interscapulargegend. M'BRIDE.

5) **Lejars. Cystisches Epitheliom der linken Oberzungenbeingegend; Ulceration der Arteria facialis, Ligatur der Carotis communis. (Epithélioma kystique de la région sus-hyoïdienne gauche; ulcération de l'artère faciale, ligature de la carotide primitive.)** *Progrès méd. 16. Juli 1887.*

Der Titel besagt, um was es sich handelt. Der Patient war ein 69jähriger Mann, welcher nach der Operation starb. E. J. MOURE.

6) **Jacques Fauvel. Beitrag zum Studium der medianen Dermoidcysten des Halses im Thyreo-hyoidalraum. (Contribution à l'étude des kystes dermoïdes médians du cou, situés dans l'espace thyro-hyoïdien.)** *Thèse de Paris. No. 241. 1887.*

Nach einer ziemlich vollständigen Geschichte der Frage bespricht F. die Pathogenese dieser Neubildungen, die Diplogenese durch Einschliessung, die folliculäre heteroplastische Theorie und endlich die Theorie der Einschliessung von Verneuil, welch' letzterer er sich anschliesst. Diese Cysten finden sich aus Gründen, die er auseinandersetzt, immer im Niveau des dritten Kiemenbogens, die Erblichkeit scheint eine Rolle zu spielen.

Der Autor studirt hierauf die pathologische Anatomie der Wand und des Inhalts und geht dann zur Erklärung der Symptome über, denen er nichts Neues hinzufügt. Bei der Diagnose ist zu denken an die Lipome. serösen Cysten, chronische Adenitiden, Laryngocelen etc. Die Prognose ist günstig, und die Behandlung besteht in Exstirpation des Tumors. E. J. MOURE.

7) **A. Ceccherelli (Parma). Ueber einen Fall von Hygrom des Boyer'schen Schleimbeutels. (Di un caso di igroma della borsa del Boyer.)** *Gazzetta degli Ospitali. No. 57. 1887.*

Schlingbeschwerden und Husten waren die hauptsächlichen Erscheinungen, die der Tumor hervorbrachte. Derselbe liegt linkerseits zwischen der Submaxillardrüse und dem Schildknorpel, mit dem er in Zusammenhang zu stehen scheint, und tritt bei der Deglutition deutlich hervor, die Epiglottis ist nach rechts verdrängt. Nach dem Kehlkopf zu ragt eine Intumescenz von der Grösse einer grossen Kirsche vor. Bei Palpation von innen und aussen fühlt man Fluctuation. Das Hygrom wurde von aussen exstirpirt. Es zeigte einen zähen Inhalt und eine verdickte Wand. Drainage und Naht. Heilung. C. betont die Seltenheit dieser Hygrome. KURZ.

8) **F. Eve (London). Die Beziehung scrophulöser Drüsen zur Tuberculose. (The relation of strumous gland disease to tuberculosis.)** *British Medical Journal. 5. November 1887.*

Experimentelle, am 1. November 1887 der Pathol. Gesellschaft vorgelegte Arbeit, aus der hier nur hervorzuheben ist, dass die Resultate der Inoculationen, die E. am Kaninchen und Meerschweinchen mit Material ausgeführt hatte, welches

von 10 verschiedenen Fällen scrophulöser Drüsen entnommen war, darauf hinausgingen, dass die sogenannte „scrophulöse" Drüsenerkrankung in Wirklichkeit tuberculöser Natur ist, wenn auch das Virus sich in ersterem Falle in abgeschwächter und strikt localisirter Form präsentirt. Tuberkelbacillen wurden sowohl in den scrophulösen Drüsen selbst, wie in den Organen der mit solchem Drüsenmaterial inficirten Thiere gefunden. Hinsichtlich weiterer Details müssen Interessenten auf das Original verwiesen werden. SEMON.

9) **Pollosson. Drüsentumoren des Halses. (Des tumeurs ganglionnaires du cou.)** *Prov. méd. August 1887.*

Die primären Tumoren der Halsdrüsen sind stets maligner Natur. Das chirurgische Lymphadenom des Halses verläuft wie die Sarcome und unterscheidet sich von dem medicinischen Lymphadenom durch Leukämie-ähnliche Symptome. Es bildet einen einseitigen, von Anfang an schmerzlosen Tumor ohne ausgesprochene entzündliche Neigung und widersteht der inneren Behandlung. Nur die Operation allein kann helfen. P. macht nebenbei auf die Compressionserscheinungen, welche diese Tumoren in der Umgebung hervorrufen, aufmerksam. E. J. MOURE.

10) **Mollière** (Lyon). **Tumoren der Halsdrüsen. (Des tumeurs ganglionnaires du cou.)** *Prov. méd. 1. Juli 1887.*

In einer Vorlesung über diesen Gegenstand bemerkt M., dass bisweilen die Pharynxdrüsen anschwellen und Tumoren erzeugen können, deren Diagnose schwierig ist. Gleichzeitig bespricht er die Verhältnisse bei den übrigen Halsdrüsen. E. J. MOURE.

11) **M. Braun** (Triest). **Beitrag zur Therapie von Halsdrüsentumoren.** *Wiener med. Blätter. No. 31. 1887.*

Eine seit 1878 bestehende Drüsenanschwellung, combinirt mit Heiserkeit, Husten, Haemoptoë, hochgradiger Abmagerung und fahler Hautfarbe wurde nach vielen, auch antiluetischen Kuren durch Jodkali im Jahre 1887 geheilt. Den wichtigsten Aufschluss über die Natur des Leidens, welches früher meist als tuberculös angesehen wurde, gab die livide Verfärbung der Kehlkopfschleimhaut und ihre starke Infiltration. B. betont mit Recht die Wichtigkeit der laryngoscopischen Untersuchung in ähnlichen Fällen. CHIARI.

12) **Delobel. Beitrag zum Studium der chronischen Abscesse der Oberzungenbeingegend. (Contribution à l'étude des abscès chroniques de la région sushyoïdienne.)** *Thèse. No. 209. Paris. 1887.*

In dem der Anatomie gewidmeten Theil seiner Arbeit bespricht D. die Drüse, die jüngst von Poirier beschrieben wurde (vergl. Compte rendu de la société franç. de la Laryngol. in Centralblatt f. Laryngologie etc., No. 4, October 1887). Hierauf geht er sofort zur Beschreibung der Affection über, ohne etwas specielles Neueres zu bringen; alsdann zur Therapie, die eine allgemeine und locale sein soll. 14 Beobachtungen, darunter 6 eigene, begleiten diese Arbeit. E. J. MOURE.

13) **W. Curran** (Indische Armee). **Medullarkrebs der Parotis. (Encephaloid cancer of the parotis.)** *Medical Press and Circular. 9. März 1887.*

Es handelt sich um einen 33jährigen Patienten, welcher an einem Medullar-

krebs gestorben war, der offenbar von der rechten Parotisdrüse, nahe dem Kieferwinkel, ausgegangen war mit geringer Betheiligung des Kiefers selbst. C. spricht die Ansicht aus, dass in den heissen Klimaten der Krebs einen sehr schnellen Verlauf nimmt und widerräth auf's energischste einen chirurgischen Eingriff in vielen dieser Krankheitsfälle. A. E. GARROD.

b. Nase und Nasenrachenraum.

14) **E. Zuckerkandl** (Graz). **Ueber die morphologische Bedeutung des Siebbeinlabyrinthes.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 39 u. 40. 1887.*

Dieser Artikel ist einer vergleichend anatomischen Arbeit desselben Autors entnommen (Das periphere Geruchsorgan der Säugethiere. Stuttgart. Enke. 1887.) und hebt folgende Thatsachen hervor:

Bei den osmatischen Säugethieren sind die Riechwülste in mehrere Reihen vertheilt, in mediale und laterale. Der erste Riechwulst der medialen Reihe ist am stärksten entwickelt, heisst Naso-turbinale und hat zwei Theile: einen freien und einen gedeckten. Bei den Halbaffen ist die Zahl der lateralen Riechwülste auf zwei beschränkt. Bei den Affen fehlt die laterale Reihe ganz und ebenso beim Menschen; die Riechwülste dieser lateralen Reihe sind zu den Siebbeinzellen verschmolzen und haben die Riechschleimhaut verloren. Bei ihnen ist von dem Nasoturbinale der Osmatiker nur der Nasendamm und der Processus uncinatus erhalten, von denen der erstere der Pars libera, der zweite der Pars tecta entspricht. Es hat also im Laufe der Entwicklung von den osmatischen Säugethieren an bis auf die Halbaffen, Affen und Menschen eine Rückbildung des Geruchsorganes stattgefunden, so dass das Siebbeinlabyrinth als verkümmerter Rest der lateralen Riechwülste anzunehmen ist. Dementsprechend sind auch die Siebbeinzellen veränderlich und zeigen oft Dehiscenzbildungen und zwar gerade bei jugendlichen Individuen.

Zum besseren Verständniss ist das Studium der Arbeit im Original anzurathen. CHIARI.

15) **Fr. Salzer. Zur Casuistik der Geschwülste am Kopfe.** *Archiv f. klin. Chir. Bd. 33. S. 134. 1887.*

Der eine Fall betrifft ein Teratom des Sinus frontalis. Die 18jährige Patientin hatte über und neben dem rechten Auge eine $10^1/_2$ Ctm. lange, 25 Ctm. im Umfang haltende birnenförmige Geschwulst, welche von vorne die gleichzeitig bestehende Lippen- und Gaumenspalte deckte. Operation. Eröffnung des Sinus frontalis, in welchem sich trübe schleimige Flüssigkeit befindet. Heilung. Die Geschwulst war angeboren und bestand grösstentheils aus Fettgewebe, dann aus glatten und quergestreiften Muskelfasern, Cysten und kleinen Knochen. Lanugohaaren und verfetteten Epithelien. SCHECH.

16) **Killian** (Freiburg). **Beitrag zur Lehre vom Empyem der Highmorshöhle.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 10, 11. 1887.*

Die häufigste Ursache des Kieferhöhlenempyems sind Erkrankungen des 1. bis 3. Molarzahnes; namentlich Caries und dadurch bedingte Infection der

Höhlenschleimhaut vom Cavum oris her. Diagnostisch wichtig erscheint die Betrachtung, dass der Eiter nicht immer nach vorne sich ergiesst und zwischen mittlerer und unterer Muschel sichtbar hervorquillt, sondern dass derselbe sich auch nach hinten durch den mittleren Nasengang in den Rachen entleert. Auftreibung der Kieferwände fehlt fast immer, dagegen fast nie Schmerz in der Stirngegend, die einestheils durch Absperrung der Luft, anderntheils durch Betheiligung der Stirnhöhle bedingt ist. K. glaubt, dass die Erkrankung der Kieferhöhle sehr häufig übersehen werde; auch er macht, wie Ref. in der 2. Auflage seiner Krankheiten der Mundhöhle gethan, darauf aufmerksam, dass der Abfluss von Eiter aus dem mittleren Nasengange allein noch nicht zur Diagnose einer Kieferhöhleneiterung genüge, sondern dass man nur dann sofort auf Empyem der Kieferhöhle schliessen dürfe, wenn der Ausfluss aus der accessorischen Oeffnung erfolge.

Die Sondirung der Kieferhöhle durch den Hiatus semilun. hält K. mit Recht nicht für ganz sicher, da man sich meist begnügen müsse, den Schnabel eines feinen Catheters zwischen die Lippen des Hiatus im Infundibulum vorzuschieben. K. stellt den Satz auf, dass man sich durch die besonderen Eigenthümlichkeiten der jeweiligen Fälle in der Wahl der Behandlungsmethode bestimmen lassen solle. Wurzelreste und nicht füllbare cariöse Zähne sind zu extrahiren, die Zahnlücken zu sondiren. Besteht Communication mit dem Antrum, dann spüle man von hier aus; ist dies nicht der Fall, dann versuche man die Ausspülung durch die natürlichen Oeffnungen; ist dies nicht möglich, muss die Höhle von der Nase eröffnet werden nach Mikulicz. SCHECH.

17) Astier. **Eiterung der Highmorshöhle, behandelt mit Höllensteinätzungen. (Suppuration du sinus maxillaire traité par les cautérisations de nitrate d'argent.)** *Revue clin. et de thérap. Juli 1887.*

A. empfiehlt die Eröffnung einer Alveole und die Injection einer Höllensteinlösung durch dieselbe. E. J. MOURE.

18) Finne (Christiania). **Empyema antri Highmori cum blennorrhoea nasi.** *Forhandlinger i det medicinske Selskab. p. 75. 1887.* Ref. in *Norsk Magazin for Laegevidenskaben. Juli 1887.*

Verf. giebt eine Uebersicht der Nasenblennorrhoe und theilt einen Fall von Empyem in Antrum Highmori mit, den er nach der Methode von Mikulicz behandelt hatte. SCHMIEGELOW.

19) E. F. Ingals. **Eiterige Entzündung der Highmorshöhle. (Suppurative inflammation of the antrum.)** *Journal of the Americ. Med. Assoc. 30. Juli 1887.*

Bericht über sechs Fälle. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

20) Strauch. **Untersuchungen über einen Mikrococcus im Secret des Nasenrachenraumes.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 6 u. 7. 1887.*

Verf. prüfte die Beobachtung von Hack, dass sich in dem Secret des Nasenrachenraumes ein charakteristischer Micrococcus vorfinde, auf ihre Richtigkeit. Er fand sich da, wo das Secret ein zähes, glasiges war und nicht allzu reich abgesondert wurde, ganz besonders aber im normalen Zustande; sehr spärlich fand

sich der Diplococcus bei reichlicher eitriger Secretion, bei adenoiden Wucherungen, am seltensten bei Ozaena. Die Coccen sind nahezu kugelig und schwanken in ihrer Grösse zwischen der der Gonococcen und Luftcoccen. Pathogene Eigenschaften besitzt der Coccus nicht, in den Nasenrachenraum gelangt er aus der Luft. Das speciell Bacteriologische ist im Original nachzusehen. SCHECH.

21) **Ed. Enjabrau. Anatomische und klinische Studie der Luschka'schen Drüse. (Etude anatomique et clinique de la glande de Luschka.)** *Thèse de Paris. 1887.*

Die These von E. enthält ein gutes Resumé dessen, was wir über diese Frage wissen. Zur Behandlung empfiehlt der Autor Schwefelverbindungen, welche auf Arthritis oder Scrophulose, eine häufige Ursache dieser Affection, einwirken. E. J. MOURE.

22) **Polo** (Nantes). **Adenoide Vegetationen. (Végétations adénoïdes.)** *Soc. anat. de Nantes. 13. Juli 1887.*

P. zeigt einen kleinen adenoiden Tumor des Pharynx vor, welchen er mit einer gezähnten von vorn nach hinten schneidenden Zange entfernt hatte. Dieser Tumor hatte Salpingitis und Taubheit hervorgerufen. Nach seiner Abtragung athmete der Kranke nicht mehr ausschliesslich durch den Mund und erlangte das Gehör wieder. E. J. MOURE.

23) **Uchermann** (Christiania). **Adenoide Vegetationen. (Adenoide Vegetationer.)** *Norsk Magazin for Laegevidenskaben. Heft 11. 1887.*

Der Verf. giebt in diesem, in der medic. Gesellschaft zu Christiania gehaltenen Vortrag eine genaue Beschreibung obengenannter Krankheit, sowohl in phathologisch-anatomischer als in symptomatischer Beziehung. — Er hat einen Fall bei einem 4monatlichen Kinde, das an syphilitischer Coryza litt, behandelt. Scrophulose spielt als disponirendes Moment eine grosse Rolle. Verf. zieht das Operiren durch den Mund entweder mit dem scharfen Löffel, dem Ringmesser oder zangenförmigen Instrumenten don nasalen Methoden vor. SCHMIEGELOW.

24) **Coupard** (Paris). **Die adenoiden Vegetationen des Pharynx und der Glottiskrampf. (Les tumeurs adénoïdes du pharynx et les laryngites striduleuses.)** *Rev. gén. de clin. et de thérapeut. No. 21. 7. Juli 1887.*

C. erinnert mit wenigen Worten an die Geschichte der adenoiden Vegetationen und setzt die Charaktere des Laryngospasmus auseinander, ebenso die verschiedenen Ursachen, auf welche man diesen zurückgeführt hat. Schliesslich bemerkt er, dass die adenoiden Vegetationen eine häufige Ursache für den Glottiskrampf abgeben, mögen sie noch vorhanden, oder schon geschwunden sein. [? Red.] E. J. MOURE.

25) **Schiötz** (Christiania). **Adenoide Vegetationen.** *Forhandlinger i det medicinske Selskab. p. 89. 1887. — Norsk Magazin for Laeger. August 1887.*

Verf. bespricht die Hauptpunkte in der Pathologie und Therapie der adenoiden Vegetationen und hebt die grosse Bedeutung der Krankheit für das praktische Leben hervor. SCHMIEGELOW.

26) **H. Gradle. Ein neues Instrument zur Entfernung der Pharynxtonsille. (A new instrument for the removal of the pharyngeal tonsil.)** *Weekly Medical Review. 6. August 1887.*

Das Instrument besteht aus einem starken Paar Scheerenblätter mit verlängerten Handgriffen, die aus der Richtung der Scheerenblätter gebogen sind, während die schneidenden Enden derselben sich aufwärts wenden, so dass sie hinter und über den weichen Gaumen gebracht werden können. Diese Enden bilden gefensterte Dreiecke, mit der Basis nach oben. Sobald sie geöffnet sind, legen sie sich an die Seitenwände des Pharynx, während die schneidenden Blätter an ihrem oberen Rand, sobald sie zusammenkommen, alles vom Dach des Pharynx Hervortretende wegschneiden. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

27) **M. A. Fritsche** (Berlin). **Eine Modification des Lange'schen Ringmessers zur Operation der Rachentonsille.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 31. S. 691. 1887.*

Die Modification entspricht derjenigen, wie sie H. Hartmann angegeben und Killian beschrieben hat. B. FRAENKEL.

28) **F. M. Caird** (Edinburgh). **Tumor des Nasenrachenraums. (Naso-pharyngeal tumor.)** *Edinburgh Med. Journal. October 1887.*

C. zeigte für Mc Bride einen Tumor vor, welchen Letzterer durch Einführung einer gekrümmten Schlinge hinter den Gaumen und über den Tumor mit Hülfe des Nasenspiegels entfernt hatte. Der Patient hielt den Zungenspatel, während der Operateur mit der linken Hand den Spiegel, mit der rechten die Schlinge führte. MC BRIDE.

29) **Michael Braun** (Triest). **Zur Casuistik der Nasenrachentumoren.** *Internat. klin. Rundschau. No. 27. Wien. 1887.*

Es handelte sich um kolbige Anschwellung der hinteren Enden beider mittleren Nasenmuscheln, welche seit 3 Monaten Schnupfen, Verlegung der Nase, Kopfschmerzen, Husten und unstillbares Erbrechen verursachten. Nach Entfernung der blasigen Tumoren mit der galvanokaustischen Schlinge hörten alle Beschwerden auf. Auffallend ist nur, dass Br. von Nasenrachentumoren spricht, da nicht erwähnt ist, dass diese Tumoren bis in den Nasenrachenraum reichten. CHIARI.

30) **J. Davies Thomas** (Sydney). **Exstirpation eines Sarcoms aus dem Nasenrachenraum. (Sarcomatous tumour removed from the nasopharynx.)** *Australian Med. Gaz. April 1887.*

T. berichtet einen Fall bei einem 14jährigen Mädchen, welches einen beträchtlichen Tumor vom Dach des Nasenrachenraums herabhängen hatte. Links comprimirte derselbe das Orificium der Tuba Eustachii, dadurch Taubheit verursachend und versperrte den Luftzugang. Nach wiederholten Versuchen, den Tumor stückweise zu entfernen, wurde er mit der Woakes'schen Zange von der Schädelbasis in der Narcose bei herabhängendem Kopfe entfernt.

Der Tumor wog 6 Grm., seine Ansatzstelle war rundlich und hatte $^3/_4$ Ctm. im Durchmesser.

Schon mit blossem Auge konnte man sehen, dass der Nasen- und Rachentheil verschieden war, so zwar, dass dieser roth und papillomatös, jener glatt und weiss war. A. E. GARROD.

c. Mundrachenhöhle.

31) J. M. Keating. **Krankheiten der Tonsillen in der Kindheit. (Diseases of the tonsils in childhood.)** *The Physician and Surgeon Ann. Arbor. Michigan. November 1887.*

R. bespricht die chronischen Krankheiten der Mandeln. Nichts Neues.
W. J. SWIFT (LEFFERTS).

32) Thomas F. Raven (Broadstaire). **Eine Epidemie von exsudativer Tonsillitis bei Kindern. (An epidemic of exsudative tonsillitis in children.)** *Practitioner. April 1887.*

R. giebt einen Bericht über eine Epidemie von exsudativer Tonsillitis in einem Institut mit 80 weiblichen Kindern und 10 erwachsenen Frauen.

Er macht einen Unterschied zwischen diesem Process und der Diphtherie. Von dieser unterscheidet er sich durch den gleichmässigen Typus in allen Fällen, das plötzliche Auftreten und die Höhe des Initialfiebers, das Fehlen von Drüsenschwellungen und Albuminurie; ferner durch das Nichtvorkommen einer Ausbreitung auf den Kehlkopf, durch die Heilung aller Patienten und endlich durch das Ausbleiben von paralytischen Folgezuständen.

Zugleich mit dieser Krankheit zeigten sich einige Fälle von Phlegmone und Erysipel. In drei Fällen folgte undeutlichen Halssymptomen acuter Rheumamus mit Herzaffectionen. A. E. GARROD.

33) Dubousquet-Laborderie. **Einige klinische Betrachtungen über die infectiöse Amygdalitis. (Quelques considérations cliniques sur les amygdalites infectieuses.)** *Gaz. des hôp. No. 107. 6. Juli 1887.*

Es ist dies eine Wiederholung früherer Betrachtungen unter Mittheilung dreier neuer Beobachtungen (vergl. Centralblatt Jahrgang III., No. 4, S. 132 und 334). E. J. MOURE.

34) A. R. Anderson (Nottingham). **Die Behandlung der arteriellen Blutung aus Wunden in der Umgebung der Tonsille. (The treatment of arterial haemorrhage from wounds in the neighbourhood of the tonsil.)** Sitzung der Nottingham Medico-Chirurgical Society. *Brit. Med. Journal. p. 1340. 17. December 1887.*

G. empfiehlt eine von ihm erfundene Methode, deren Princip darin besteht, dass man die verletzte Arterie an ihrer blutenden Stelle nach Vornahme einer Incision durch die Wange und den Unterkieferast unterbindet. Details werden nicht mitgetheilt. A. E. GARROD.

35) G. S. Ryerson. **Zur Frage der Tonsillotomie. (The question of abscission of the tonsils.)** *Canada Lancet. Januar 1888.*

Wenn die geschwollenen Tonsillen die Athmung oder das Gehör beeinträchtigen, oder ein Individuum von Recidiven acuter Entzündung befallen wird,

sollen die Mandeln ausgeschnitten werden. So lange sie jedoch das Allgemeinbefinden nicht stören, sind sie medicamentös zu behandeln, entweder local oder intern. R. empfiehlt starke Lösungen des Fluidextracts von Hydrastis Canadensis. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

36) **Lublinski. Tuberculose der Tonsillen.** *Monatsschrift für Ohrenheilk. No. 9. 1887.*

Isolirte Tuberculose der Tonsillen ohne Betheiligung der Umgebung ist klinisch äusserst selten, dagegen hat Strassmann bei Tuberculösen in den Tonsillen nicht selten Tuberkel gefunden. L. theilt zwei Fälle echter ulcerirender Tonsillartuberculose mit. In dem einen Falle bestanden neben Lungentuberculose Ulcerationen der rechten Mandel, in dem anderen auch Ulcerationen der Uvula und Gaumenbögen, dessen Ränder sich verdeckten und ganz abrundeten. Gleichzeitig bestand Lungentuberculose. Therapeutisch empfiehlt L. Cocainisirung, Jodol, eventuell galvanocaustische Zerstörung der Herde. SCHECH.

37) **B. Baginsky** (Berlin). **Tuberculöse Ulceration des Zahnfleisches und der Tonsille.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 47. S. 891. 1887.*

In der Berl. medicin. Gesellschaft stellte B. zwei Kranke vor, von denen der eine tuberculöse Ulcerationen und graue Knötchen am Zahnfleisch, der andere an den Tonsillen zeigte. Beide waren ausgesprochene Phthisiker; auch der Kehlkopf war in beiden Fällen betheiligt. B. FRAENKEL.

38) **Lublinski. Polyp der Tonsille.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 10. 1887.*

3,2 Ctm. langen 3—5 Mm. breiter aus festem Bindegewebe bestehender Polyp am unteren Segment der linken Tonsille, welcher mit seiner Basis auf dem Zungenrücken auflag und die andere Tonsille fast berührte. SCHECH.

39) **H. G. Croly. Maligne Erkrankung der Mandel. (Malignant disease of the tonsil.)** *The Dublin Journal of Med. Science. October 1887.*

C. beschreibt zwei Fälle. Der eine betraf einen Knaben von 14 Jahren, welchen C. sechs Wochen nach Beginn der Erkrankung sah. Anfänglich wurde die Affection nach der Anamnese von einem Arzt als Tonsillitis angesehen und incidirt. Später litt Patient an Dyspnoe und Dysphagie, und es bildete sich eine Drüsenschwellung in dem Raume des linken Digastricus. Der Tumor ergriff nicht nur die linke Mandel, sondern auch die linke Gaumenseite. Am 4. Mai wurde die Tracheotomie gemacht und „die Mandel- und Gaumenschwellung sowie der Tumor im digastrischen Raume verschwanden fast ganz, erschienen jedoch bald wieder". Der digastrische Tumor wurde vorsichtig ausgeschnitten und die kranken Theile im Halse mit dem Thermocauter entfernt. Es trat jedoch sehr schnell ein Recidiv und der Tod ein.

Der zweite Fall betraf einen 50jährigen Mann, bei welchem ebenfalls eine Tonsillitis vorhanden war, weshalb incidirt worden war. Es wurde keine Operation versucht, weil die Halsdrüsen in ausgedehnter Weise infiltrirt waren. In beiden Fällen waren die Tumoren sarcomatös.

In der darauf folgenden Discussion wurde nichts von besonderem Interesse zu Tage gefördert. Wir bedauern, dass die interessante Erscheinung des tempo-

rären Verschwindens der Geschwülste in dem ersten Falle nach der Tracheotomie nur erwähnt wurde, ohne dass eine weitere Erklärung gegeben wird.

Mc. BRIDE.

40) **Lublinski. Concrement der Tonsille.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 10. 1887.*

$2^1/_2$ Ctm. langes, $^1/_2$ resp. $^3/_4$ Ctm. breites graubraunes Concrement aus der zerklüfteten linken Tonsille einer 29jährigen Dame. SCHECH.

41) **J. Walker Downie** (Glasgow). **Trockenheit des Halses durch übermässigen Theegenuss. (Dryness of the throat from excessive tea-drinking.)** *Practitioner. October 1887.*

D. beantwortet mit diesem Artikel eine von Philipp Hill über diesen Gegenstand an ihn gerichtete Anfrage. Er schreibt eine bei schlecht genährten, anämischen Frauen vorkommende Form von Pharyngitis sicca dem übermässigen Genuss von schlechtem Thee zu. Sobald der Thee oft und lange Zeit gekocht wird, nimmt er sehr adstringirende Eigenschaften an. Beseitigung der Ursache hat gewöhnlich Heilung zur Folge. A. E. GARROD.

42) **R. H. Reed. Die chirurgische Behandlung der chronischen folliculären Pharyngitis. (The surgical treatment of chronic follicular pharyngitis.)** *Columbus Medical Journal. August 1887.*

Die empfohlene Methode besteht in Spaltung der Follikel mit einem Bistouri und Auftragung einer concentrirten Lösung von Carbolsäure in Glycerin; die Auftragung wird so lange wiederholt, bis der Follikel zerstört ist.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

43) **R. W. Felkin** (Edinburgh). **Recidivirende menstruelle Pharyngitis. (Recurrent menstrual pharyngitis.)** *Edinburgh Med. Journal. October 1887.*

Es wird ein Fall beschrieben, in dem die Anamnese auf Anfälle von acuter Pharyngitis hinweist, die mit jeder Regel vom November bis Juni recidiviren. Zwei solche Anfälle von besonderer Schwere hat Felkin beobachtet. M'BRIDE.

44) **Ralph. W. Seiss. Die Beziehungen der chronischen Pharyngitis zu Nasen- und Ohrenentzündungen. (The relations of chronic pharyngitis to intranasal and aural inflammation.)** *Philadelphia Med. News. 22. October 1887.*

Die chronische Pharyngitis ist stets, sofern sie nicht syphilitischen, tuberculösen oder gastrischen Charakters ist, von Nasenentzündungen abhängig. [? Red.] Ueberanstrengung oder unzweckmässiger Gebrauch der Stimme, oder gastrische Störungen bilden selten, wenn überhaupt, die einzige Ursache schwerer chronischer Entzündung des Pharynx. Wohl können sie eine bereits bestehende Erkrankung verschlimmern; wenn jedoch die Nase normal ist, so wird sich der Pharynx fast regelmässig in ähnlichem Zustande befinden.

Ob der Process im Pharynx sich eng an die verschiedenen Stadien der Nasenentzündung anschliesst, ist nicht leicht zu entscheiden. Vier Ursachen sind hierbei wirksam: Fortpflanzung der entzündlichen Krankheit durch Continuität; Reizung und septische Einflüsse durch Herabfliessen abnormen Nasenschleims auf die Pharynxgewebe; Mundathmung wegen Nasenstenose; endlich Reizung durch Räuspern, Husten und gewaltsames Schnauben behufs Entfernung abnormer Secrete. Ihre Bedeutung entspricht der hier angegebenen Reihenfolge.

Die Ohrenärzte halten die Entzündung des unteren Pharynxtheils für ätiologisch bedeutsam für die chronisch-catarrhalische Taubheit. Dies ist gewiss der Fall. Es ist jedoch wahrscheinlich, dass, wenn auch eine schwere chronische Pharyngitis besteht, die Nase aber und die Gegend der Pharynxtonsille ziemlich normal bleibt, dann keine Ohrensymptome auftreten werden, da die Entzündung des unteren Pharynxtheils weder zur Verschliessung des Orificium extern. der Tuba Eustachii neigt, noch sich durch Continuität auf dasselbe fortpflanzt. Besteht jedoch eine Sclerose in der unteren Pharynxpartie, so kann man mit ziemlicher Sicherheit einen ähnlichen Zustand in dem unteren Theil der Tuba Eustachii vielleicht mit Ausbreitung in das Mittelohr annehmen. Das ist aber nur die Folge einer Entzündung des Pharynxgewölbes, nicht eine secundäre Erkrankung, die vom unteren Pharynxtheil ausgeht.

Die Behandlung muss sich, wenn sie von Nutzen sein soll, gegen das Nasenleiden richten. Ist die Rhinitis geheilt — soweit es die Zerstörung der Gewebe zulässt —, so wird sich auch die Pharyngitis bessern und die Symptome werden schwinden. Pinselung des Pharynx mit mineralischen und vegetabilischen Adstringentien, Jod etc. wird oft, wenn sie sauber und gründlich ausgeführt wird, die Symptome merklich bessern.

Operatives Eingreifen gab keine befriedigenden Resultate.

Die Zerstörung der geschwollenen Follikel auf chemischem oder elektrokaustischem Wege scheint nur die gefürchteten atrophischen Veränderungen zu beschleunigen. Nur wenn einzelne Follikel eine cystische Umwandlung erlitten haben, ist es rathsam, sie sorgfältig zu zerstören. Obliteration der varicösen Venen hilft bisweilen.

LEFFERTS.

45) **J. C. Mulhall. Einige Phasen der Mundsyphilis. (Some phases of buccal syphilis.)** *St. Louis Courier of Medicine. August 1887.*

Bericht über drei Fälle von syphilitischer Angina, aus welchen Verf. folgende Schlüsse zieht:

1. Das Vorkommen der Initialaffection von Syphilis in den Tonsillen oder deren unmittelbarer Nachbarschaft ist nicht so selten, als gemeinhin geglaubt wird.
2. Es kann ein nicht indurirtes Geschwür vorliegen.
3. Dasselbe braucht keine Trennung der Oberflächencontinuität darzustellen.
4. Es kann leicht für eine Secundäraffection, d. h. Schleimpapel gehalten werden.
5. Schmerz kann, braucht aber nicht ein hervorragendes Symptom zu sein.
6. Ein entzündlicher Herd fehlt.
7. Das nicht indurirte Geschwür kann ohne Störung des benachbarten Lymphsystems bestehen.
8. Es scheint eine Immunität gegen eine gewöhnliche secundäre Roseola-Angina zu bestehen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

46) **A. E. Larking** (Brighton). **Anomale Ulceration des Rachens. (Anomalous ulceration of the throat.)** *Brit. Med. Journal. p. 867. 22. October 1887.*

Ein eigenthümlicher Fall von Ulceration in Folge von congenitaler Syphilis, die man zuerst für eine scrophulöse hielt.

A. E. GARROD.

47) **Creswell Baber** (Brighton). **Gutartige Mycose des Pharynx. (Pharyngomycosis benigna.)** *Brit. Med. Journal. p. 887. 22. October 1887.*

Es handelt sich um einen Fall, bei dem die Mandeln und die Zungenbasis ergriffen waren. Man erzielte eine bedeutende Besserung durch fortgesetztes Pinseln mit absolutem Alkohol mit gleichzeitiger mechanischer Entfernung der Auflagerungen, welche Leptothrix enthielten. A. E. GARROD.

48) **Ferré. Ueber einen Fall von Pharynxmycose. (Sur un cas de pharyngomycose.)** *Journal de méd. de Bordeaux. No. 51. 17. Juli 1887.*

F. demonstrirt der Anatomischen Gesellschaft von Bordeaux die histologischen Präparate von Mycosis des Pharynx, deren klinische Untersuchung Ref. gemacht hat. F. erinnert an die früheren Untersuchungen von Fränkel, Hering, Baginsky, Klebs etc., und mit letzteren Autoren hält er diese Affection für hervorgerufen durch Leptothrix buccalis. Eine ausführliche Erklärung der histologischen Charaktere dieser Fäden vervollständigt diese interessante Mittheilung.

E. J. MOURE.

49) **M. Toeplitz** (New-York). **Ueber Pharyngomycosis leptothricia benigna.** *New-York Med. Presse. December 1886.*

Verf. beschreibt zwei Fälle der zuerst durch B. Fränkel unter dem Namen Mycosis tonsillaris benigna bekannt gewordenen Affection.

Fall I. 31jähriger Anstreicher, der in seinem Allgemeinbefinden so heruntergekommen war, dass er schwindsüchtig zu sein glaubte; er zeigte ausser den charakteristischen Auflagerungen auf Gaumenbögen und Tonsille (Excrescenzen, ähnlich „spitzen“ Condylomen) etc. auch auf der Zunge (Papillat. vallat.) solche von 3—5 Millimeter Durchmesser, die nur schwer entfernt werden konnten.

Fall II. betraf ein 19jähriges Mädchen, das keine subjectiven Beschwerden zeigte.

Beide Male wurden die Affectionen durch den scharfen Löffel und Galvanokauter prompt beseitigt.

Differenzial-diagnostische Bemerkungen und eingehende Besprechung der einschlägigen Literatur beschliessen die Arbeit.

50) **Edw. Welander** (Stockholm). **Fall von Rhinosclerom in der Zunge und dem Gaumen. (Fall af rhinosclerom i tungan och gommen.)** *Hygiea. p. 689. November 1887.*

Der Patient, 33 Jahre alt, hatte seit $2^1/_2$ Jahren seine Krankheit in dem harten Gaumen bemerkt; einige Zeit nachher fing derselbe Process in der Zunge an. Der Patient war stark und kräftig, sein Allgemeinbefinden gut. Die Schleimhaut des harten Gaumens war bedeutend infiltrirt, hart, von weisslichem Aussehen. Die Infiltrationen waren nicht schmerzhaft auf Druck. Von derselben Beschaffenheit war der ganze rechte vordere Gaumenbogen und theilweise auch der linke. Uvula und hintere Schlundwand sowohl wie die ganze Nasenschleimhaut waren frei. Dieselben Veränderungen wurden auch auf der Zunge, die sehr gross war, beobachtet, aber die Infiltration war hier sehr unregelmässig, knotenartig. Sowohl die Tast- als Geschmacksempfindung der Zunge, insbesondere die des vorderen Drittels, war sehr vermindert. Epiglottis und Larynx waren gesund. Keine

Infiltration der regionären Lymphdrüsen. Es wurde ein Theil der Zunge ausgeschnitten, und es zeigte sich, dass die Infiltration zahlreiche Bacillen enthielt. Nach Färbung mit schwacher Methylenblaulösung und Entfärbung mit kohlensaurem Kali wurden eine Menge von kleinen Bacillen, die in der Regel zwei und zwei mit den Enden gegen einander gekehrt lagen, gefunden. Mit Methylviolet-anilin-Wasser, nachher mit Jodjodkalilösung und später mit absolutem Alkohol (nach Cornil und Alvarez) behandelt, konnten hier und da deutliche Kapseln nachgewiesen werden.

Was die Prognose des Falles betrifft, konnte der Verf. sich nicht mit Bestimmtheit aussprechen, weil der Fall noch unter Behandlung war, die Behandlung sollte in galvanokaustischen Punktionen bestehen. Die Krankheit wurde im Anfang ihrer Entwickelung als syphilitisch betrachtet. SCHMIEGELOW.

51) **J. M. Crawford. Retropharyngealabscess. Bericht über zwei Fälle. (Retropharyngeal abscess. Report of 2 cases.)** *Atlanta Med. and Surg. Journal. September 1887.*

Bericht über zwei Fälle, die durch Incision geheilt wurden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

52) **Seifert** (Würzburg). **Klonische Krämpfe des weichen Gaumens mit objectivem Ohrgeräusche in Folge von chronischer Rhinitis.** *Internationale klin. Rundschau. No. 29. 1887.*

Bei der 28jährigen kräftigen Frau bestanden neben Zuckungen der Gesichtsmuskeln auch solche des Gaumens, welche ein knackendes auch von Nahestehenden gehörtes Geräusch erzeugten. Manchmal wechselten mit den Bewegungen des Gaumens solche der Zunge ab. Aetzungen der hypertrophischen Nasenmuscheln mit Chromsäure beseitigten die Zuckungen auf 8—14 Tage, aber nicht für immer. Die Patientin blieb bald aus der Behandlung weg. Die Zuckungen führt S. auf Reizung des Trigeminus zurück, und zwar der Nasenäste desselben, wie auch schon Meyerson, Hering und Jakobi Fälle von Zuckungen der Gesichtsmuskeln bei chronischem Nasen- und Rachenkatarrhe beobachteten. In Seifert's Fall waren die Zuckungen im Facialisgebiete vor den Gaumenkrämpfen aufgetreten und es hatten sich auch Zuckungen der Zunge eingestellt. Ueber die Entstehung des knackenden Geräusches führt S. die Ansichten Hartmann's, Politzers's, Schech's und Anderer an, ohne entscheiden zu können ob es im Mittelohre oder in der Tuba zu Stande kam. CHIARI.

53) **Réthi** (Wien). **Ueber Sensibilitätsneurosen des Pharynx.** *Internationale klin. Rundschau. No. 35, 36 u. 37. 1887.*

R. will zunächst alle die Störungen der Sensibilität des Rachens ausschliessen, welche mit sichtbaren, anatomischen Veränderungen der Schleimhaut einhergehen. Die dann noch übrigen Neurosen können entweder vom Centrum ausgehen, oder ihren Sitz in einem peripheren Nerven haben, oder als Reflex auftreten; häufiger treten sie (besonders die Paraesthesie) im Frühstadium der Lungenphthise und bei psychischen Störungen auf. Wenn nun die allgemeine oder locale Behandlung dieser Neurosen im Stiche liess, hat R. oft noch gute Erfolge von Aetzung der betreffenden hyper- oder paraesthetischen Stelle gesehen, welche man natürlich früher durch eine sorgfältige Sondenuntersuchung fest-

stellen musste, da das Localisationsgefühl im Rachen (wie allgemein bekannt) sehr mangelhaft ist. Auch in einem Falle von Neuralgie konnte er Heilung erzielen durch Aetzungen mit Chromsäure. R. hebt besonders noch hervor, dass der Erfolg sowohl bei peripheren, als centralen als auch reflectorischen Neurosen ein gleich günstiger war, wenn er die am meisten empfindliche Stelle ätzte; ob dabei mikroscopische Veränderungen des Nerven oder seiner Umgebung beseitigt, oder eine trophische Störung geheilt wurde, kann R. nicht entscheiden.

CHIARI.

d. Diphtheritis und Croup.

54) **Joseph O'Dwyer. Fünfzig Fälle von Croup in der Privatpraxis, behandelt durch Intubation des Kehlkopfs; Beschreibung der Methode und der dabei auftretenden Gefahren. (Fifty cases of croup in private practice treated by intubation of the larynx with a description of the method and of the dangers incident thereto.)** *New-York Medical Record. 22. October 1887.*

In einer langen, aber sehr lehrreichen und interessanten Arbeit welche obigen Titel führt, theilt uns O'Dwyer das Resultat seiner Erfahrung mit.

In der diesem Bericht voraufgegangenen Zeit, d. h. vom Januar 1880 bis December 1885, oder während des experimentirenden Stadiums der Intubation, hat er 65 Fälle von Croup operirt, von denen 60 dem New York Foundling Asylum angehörten. Dabei hatte er nur 9 Heilungen, d. h. nicht ganz 14 pCt. erzielt.

In der vorliegenden Reihe von 50 Fällen fasst er die Resultate, wie folgt zusammen:

Von 24 Fällen, von welchen er Urin zur Untersuchung erhielt, hatten 19 Albumen. Die Todesursache war in 18 Fällen durch Ausbreitung der Membran auf die Bronchien bedingt, in 5 durch Nierencomplication, in 4 durch Pneumonie, in 3 durch Sepsis, in 1 durch Lungenödem, in 2 konnte sie nicht constatirt werden, da er sie nach der Operation nicht wieder sah: In Summa 38 Fälle. In den zwölf Fällen, welche genasen, wurde die Röhre durchschnittlich 5 Tage und 7 Stunden getragen. Die 38 Patienten, welche starben, lebten durchschnittlich noch 2 Tage 7 Stunden nach der Intubation. Die Dauer der Larynxsymptome vor der Intubation war durchschnittlich 3 Tage 6 Stunden bei den genesenen, 2 Tage 6 Stunden bei den gestorbenen Fällen.

Sectionen konnten nicht gemacht werden, doch ist es sehr wahrscheinlich, dass Bronchopneumonie, die sich durch keine physikalischen Zeichen kund gab, in einer weit grösseren Anzahl von Fällen bestand, als oben angegeben wurde.

Die vom Autor mit grosser Sorgfalt beschriebene Methode der Ausführung der „Intubation des Larynx“ sollte von denjenigen, welche sich für diese Methode, die jetzt der ärztlichen Welt zur Prüfung unterbreitet wird, interessiren, ganz im Original gelesen werden.

Der Autor hat keine noch so unbedeutende Einzelnheit übergangen. Punkte, welche auf den ersten Anblick trivial erscheinen, sind doch werthvoll, weil sie eine wichtige Stütze für den Erfolg des Verfahrens abgeben und das Resultat einer ausgedehnten Erfahrung darstellen. Bis jetzt ist keine so ausführliche

Schilderung der operativen Stadien gegeben worden, und wir empfehlen daher die Originalarbeit als einen genauen Führer für denjenigen, welcher die Operation ausführen will.

Bei Besprechung der oft gegen diese Operation erhobenen Vorwürfe erklärt O'Dwyer für den wichtigsten denjenigen, welcher betont, dass durch das Eintreten von Nahrung oder Medicin in die Röhre Pneumonie erzeugt werden könne. Wiewohl die Pneumonie keine ungewöhnliche Folgeerscheinung sowohl der Intubation des Larynx als auch der Tracheotomie ist, so glaubt er doch, dass die Schwäche der expulsiven Kraft des Hustens wegen mangelnder Schlussfähigkeit der Glottis für das Auftreten dieser Affection nach beiden Operationen hauptsächlich verantwortlich zu machen ist. Die in Folge dessen in den Bronchien verhaltenen reizenden Secrete und nicht das Eintreten von Substanzen von aussen in die Röhre erzeugen die Pneumonie.

In der grossen Mehrheit der Autopsien, welche er gesehen hat, war die Todesursache nach der Operation eine Ausbreitung der croupösen Entzündung auf die Bronchien, während die Pneumonie nur mit Hülfe des Mikroscops nachgewiesen werden konnte.

Um diese streitige Frage zu entscheiden, ebenso das procentuale Heilungsverhältniss bei der Intubation, gegenüber der Tracheotomie, verlangt der Autor, dass diejenigen Aerzte, welche den diphtheritischen Croup nach einer der beiden chirurgischen Methoden behandeln, alle Fälle, gute oder schlechte, veröffentlichen mögen. Alsdann wird man zuverlässigere Statistiken erhalten, als die jetzt existirenden.

Die Gefahren der Operation müssen wir kennen, und sie werden vom Autor so klar geschildert, dass wir seine Bemerkungen fast vollständig wiedergeben.

Einige der folgenden Unfälle, die bei der Intubation des Larynx auftreten können, sind vermeidbar, sobald man sich vorher genügende Uebung am Cadaver verschafft hat. Denn nichts ist irrthümlicher, als die vorherrschende Ansicht, dass es ein leichtes sei, die Röhre in den Larynx einzuführen oder aus demselben zu entfernen.

Der erste Unfall, der leicht eintritt, ist die Apnoe, bedingt durch langwierige Bemühungen beim Einführen der Röhre. Diese Gefahr ist jedoch eine sehr geringe, wenn ein solcher Versuch nicht länger als 10—15 Secunden dauert.

2. Um schnell zu operiren, wird der Operateur häufig verleitet, Gewalt anzuwenden; doch läuft er dabei Gefahr, einen falschen Weg zu machen. Verf. hat zwei Autopsien gesehen, bei welchen dieser Unfall sich ereignete. In dem einen war die Röhre durch einen der Ventrikel abwärts in's Zellgewebe an der Aussenseite der Trachea getrieben worden. In dem anderen wurde sie durch die vordere Oesophaguswand, zwischen Oesophagus und Trachea, gestossen, comprimirte die hintere Wand der letzteren und rief dadurch Asphyxie hervor. Da die Operateure sich nicht bewusst waren, dass sie Gewalt angewendet hatten, so nahmen sie an, das Aufhören der Respiration sei durch das Hinabstossen einer Membran eingetreten. Um diesen Unfall zu vermeiden, soll das Instrument beim Einführen leicht zwischen Daumen und Zeigefinger gefasst werden, so zwar, dass der Daumen auf der oberen Fläche ruht.

3. Verletzung des Larynx beim Entfernen der Röhre, indem man den Extractor abwärts an der Aussenseite der letzteren führt, ihn weit öffnet und mit Gewalt entfernt. Bei Uebungen am Cadaver sah er, wie auf diese Weise der Ringknorpel vollständig durchschnitten und die Glottis derartig erweitert wurde, dass die Röhre leicht in die Trachea hinabschlüpfen konnte. Ist der Extractor in der Röhre, so fühlt man nicht den geringsten Widerstand beim Herausnehmen derselben.

4. Der schwerste der unvermeidlichen Zufälle besteht darin, dass die Röhre Pseudomembranen in solcher Menge vor sich her treibt, dass Asphyxie entsteht. Das ist O'Dwyer verschiedene Male passirt, als er wegen secundärer Dyspnoe die Röhre zum zweiten Mal einführte. Bei der ersten Einführung jedoch ist es ihm unter 136, auf diese Weise operirten Fällen nur einmal vorgekommen, und zwar erst ganz kürzlich bei einer ersten Einführung. Die Röhre wurde sofort entfernt, worauf ein membranöser Abguss der Trachea ausgeworfen wurde. Da jedoch die Dyspnoe fortbestand, so wurde die Röhre von Neuem und mit vollständigem Erfolge eingeführt.

5. Das Aushusten der Röhre, bevor die Stenose dauernd beseitigt ist, ist selten von Gefahr begleitet, da die Dyspnoe gewöhnlich einige Stunden darauf sich bessert.

6. Das Verstopfen der Röhre mit pseudomembranösen Massen, welche zum Durchgehen zu gross sind, ist ihm bei seinen Fällen nur zweimal vorgekommen, und jedesmal wurde die verstopfte Röhre hinausgetrieben. Wenn man den Verdacht hat, dass tief unten in der Trachea membranöse Massen sich befinden, so ist es sicherer, eine kleinere Röhre anzuwenden, als die der Altersscala entsprechende, weil jene, wenn sie verstopft ist, leichter ausgestossen wird.

6. Das Lumen der Röhre wird bisweilen langsam, aber ernstlich durch Haften zäher Secrete in den Fällen von sog. trockenem Croup beeinträchtigt, besonders wenn nur geringer Husten besteht. In solchen Fällen ist die Röhre Behufs Reinigung zu entfernen. Um Husten zu erregen. gab er oft hierbei unverdünnten Branntwein oder eine Mixtur, welche Ammon. carb. enthielt. Diejenigen, welche am meisten husten, befinden sich in der Regel am besten, vorausgesetzt, dass sie genügenden Schlaf haben. LEFFERTS.

55) **H. J. Boldt** und **W. P. Northrup. Eine Intubationsröhre, welche rings um ihren Kopf eine Incrustation von Kalkmasse hat. (An intubation-tube that had around its head an incrustation of calcareous material.)** *New-York Med. Rocord. 12. November 1887.*

B. glaubt, dass es möglich sei, dass in einigen Fällen Ulceration durch solch' eine Ablagerung rings um den oberen Theil der Röhre hervorgerufen werde.

Northrup hat eine Röhre gesehen, welche 52 Stunden im Oesophagus gelegen hatte und ganz und gar mit einer Ablagerung bedeckt war, ähnlich derjenigen an Boldt's Sonde. In diesem Fall wurde dies auf den Umstand geschoben, dass Sublimat zur Behandlung des Falles angewendet worden war. Er hat niemals ein bedenkliches, durch den Kopf der Röhre erzeugtes Geschwür ge-

sehen. Wirklich ernste Geschwüre fanden sich bisweilen am unteren Ende der Röhre und auf der vorderen Wand der Trachea.

Die Röhre wurde einem Comité überwiesen Behufs Untersuchung und Berichterstattung über die Erosion an ihrer Oberfläche und die Ablagerung von Kalksalzen. Es ergab sich, dass der Patient mit Kalkwasser behandelt worden war. LEFFERTS.

56) **Cerné** (Rouen). **Tubage des Larynx bei Diphtherie. (Le tubage du larynx dans la diphthérie.)** *La Normandie méd. No. 17. 1. Juli 1887.*

Eine allgemeine Uebersicht über diese Frage. E. J. MOURE.

57) **Roswell Park. Intubation versus Tracheotomie. (Intubation versus tracheotomy.)** *Medical Press. Buffalo, September 1887.*

P. spricht sich zu Gunsten der Intubation aus. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

58) **Chabanet. Tubage des Larynx beim Croup. (Tubage du larynx dans le croup.)** *Paris méd. 22. August 1887.*

Es handelt sich um ein Capitel seiner These, die weiterhin (vgl. Referat 64) ausführlich besprochen wird. E. J. MOURE.

59) **Révillout. Bougirung des Larynx. (Tubage du larynx.)** *Paris méd. 9. Juli 1887.*

Es ist die Wiedergabe eines Artikels, der in der Gazette des hôp. (Juli 1887) bereits veröffentlicht ist. E. J. MOURE.

60) **A. Caillé. Ueber Larynxintubation.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 32. S. 592. 1887.*

Bericht über das O'Dwyer'sche Verfahren und Abbildung seiner Instrumente. B. FRAENKEL.

61) **Bouchut. Bougirung des Larynx. (Tubage du larynx.)** *Paris méd. 13. August, 15. October, 22. October 1887.*

In dem ersten Artikel wiederholt B. die in New-York gemachten Mittheilungen von Huber, Dillon Brown und O'Dwyer.

In dem zweiten studirt er die Bougirung und das, was man über diesen Gegenstand in Washington sagte, indem er die wichtigsten Mittheilungen berichtet. In dem dritten endlich bekämpft er die Schlüsse, zu denen Chabanet über diesen Gegenstand gelangte, den er für einen Pessimisten hält. Er schliesst mit der Hoffnung, dass mit der Zeit die Bougirung in den meisten Fällen die Tracheotomie verdrängen wird. E. J. MOURE.

62) **A. Gallet. Die Larynxtubage. (Le tubage de la glotte.)** *La Clinique. No. 46. 1887.*

Resumé der O'Dwyer'schen Operation mit besonderer Anlehnung an die von Max Stern auf dem Congress zu Washington gemachte diesbezügliche Mittheilung. BAYER.

63) **F. E. Waxham. Bougirung des Larynx nebst Schlussfolgerungen aus 134 Fällen. (Intubation of the larynx with inferences from 134 operations.)** *Journal of American Med. Association. 23. Juli 1887.*

134 Fälle mit 37 Heilungen, d. h. 27,2 pCt. Davon waren 72 Fälle im Alter von 3 Jahren oder darunter mit 16 Heilungen, d. h. 22 pCt. 64 Fälle über 3 Jahre mit 21 Heilungen, d. h. 32,8 pCt.

Der jüngste Patient war 9 Monate, der älteste 9 Jahre alt.

In allen Fällen wurden Pseudomembranen beobachtet. Die längste Zeit, welche die Sonde getragen wurde, war 2 Wochen; der Patient war 2 Jahre alt und wurde vollständig geheilt. Die kürzeste Zeit war eine Stunde; Patient war 3 Jahre alt und anscheinend moribund. Das Kind hustete die Sonde, sowie ein Stück Membran aus, und da die Respiration erleichtert war, so wurde die Sonde nicht wieder eingeführt. Es bildete sich keine Membran wieder und die Heilung war eine sehr schnelle.

W. kommt zu dem Schluss, dass in einer grossen Anzahl von Fällen jeden Alters und Zustandes und jeden Grades von Schwere wir nicht darauf rechnen können, mehr als 25 pCt. zu heilen. Es ist dies jedoch ein viel günstigeres Resultat als dasjenige, welches die Mehrheit der Aerzte mittelst der Tracheotomie erzielt haben. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

64) **J. A. Chabanet. Bougirung der Stimmritze. (Le tubage de la glotte.)** *Thèse de Paris. No. 244. 1887.*

Ch. erinnert daran, dass die Bougirung französischen Ursprungs sei, und dass man Bouchut die erste Idee dieser Operation (1859) verdankt. Hierauf setzt er den Stand der Frage auseinander und betrachtet die mit dieser Operation erhaltenen Resultate im Vergleich zur Tracheotomie. Die Resultate sind dieselben. Ch. zieht die Tracheotomie vor, da sie dem Operateur völlige Sicherheit giebt und, so meint er, weniger Ueberwachung bedarf. Nachdem er alle Argumente für und wider diese Methode entwickelt hat, kommt er zu folgenden Schlüssen:

1. Die Bougirung des Larynx ist in ihrer Ausführung weder schwieriger noch gefährlicher als die Tracheotomie. Die Canüle kann mehrere Tage, selbst mehrere Wochen liegen bleiben, ohne dass sie ernste Unbequemlichkeiten verursacht.

2. Die bis heute veröffentlichten Facta der amerikanischen Aerzte genügen, um zu beweisen, dass die Bougirung des Larynx in Croupfällen nützlich ist, vorausgesetzt, dass die Kranken von einer sachverständigen Person überwacht und die Bougirungsversuche nicht zu oft gemacht werden, dass ferner diese Operation nicht in extremis ausgeführt wird.

3. In der gewöhnlichen Praxis, wo der Kranke nicht von einer zuverlässigen Person überwacht wird, giebt die Bougirung weder dem Kranken noch dem Arzt irgend welche Sicherheit. Unter diesen Umständen bleibt nur die Tracheotomie übrig, welche bis jetzt das einzige Mittel gegen den Croup ist, sobald die interne Behandlung erschöpft ist.

In einem kurzen Anhang fügt er hinzu, dass der Catheterismus des Larynx, ausser beim Croup, noch angezeigt ist:

1. Wenn die normale Respiration durch eine vorübergehende Ursache gestört wird (Krampf), vorausgesetzt, dass die Dyspnoë lange genug dauert, um für die Erhaltung des Lebens Furcht einzuflössen.

2. Zur Erweiterung chronischer Stenosen: hypertrophische, membranöse und narbige.

3. Um eine drohende Asphyxie zu verhüten in Fällen von Compression der Trachea (Tumoren etc.) und Zeit zu einem wirksamen Eingriff zu schaffen.

E. J. MOURE.

65) **Dillon Brown. Statistischer Bericht über Bougirung nebst Mittheilung über 806 Fälle. (Statistical record of intubation with report of eight hundred and six cases.)** *New-York Med. Record. 23. Juli 1887.*

Gesammtzahl der Operateure 65.

Gesammtzahl der Fälle 806 mit 221 Heilungen = 27,4 pCt.; Männer 225, Frauen 198.

Durchschnittsalter der tödtlichen Fälle 3 Jahr 2 Monate.

Durchschnittsalter der Genesenen 4 Jahr $1^1/_3$ Monat.

Dauer der Larynxsymptome vor der Bougirung in den geheilten Fällen 2 Tage 9 Stunden; in den Todesfällen 1 Tag 19 Stunden.

Urin enthielt Eiweiss in 117, kein Eiweiss in 31 Fällen.

Bei den Todesfällen betrug die durchschnittliche Lebensdauer nach der Bougirung 2 Tage 8 Stunden.

In den geheilten Fällen betrug das durchschnittliche Verweilen der Sonde im Kehlkopf 5 Tage $3^1/_2$ Stunden.

Todesursache in 339 Fällen:

Diphtheritische Bronchitis	139,
Lungenentzündung	55,
Sepsis	37,
Erschöpfung	33,
Nierencomplication	25,
Herzschwäche	20,
Lungenödem	9,
Bronchitis	8,
Asphyxie durch Verstopfung der Sonde	2,
Asphyxie durch Hinabstossen einer Membran	2,
Asphyxie durch Schwellung über dem Kopf der Sonde	1,
Asphyxie durch Nichtbenachrichtigung des Operateurs vom Aushusten der Sonde	4,
Tuberculose	2,
Lungencongestion	1,
Scharlach	1,
Summa	339.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

66) **J. W. Chambers. Intubation des Larynx. (Intubation of the larynx.)** *Trans Med. Soc. W.-Virginia. p. 466. 1887.*

Ch. liefert die Geschichte eines Falles. Er glaubt, dass die Intubation und

die Tracheotomie dieselben analogen Beziehungen zu einander haben, wie die Litholapaxie und die Lithotomie. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

67) **Joseph Eichberg. Intubation des Kehlkopfs. (Intubation of the larynx.)** *Cinc. Lancet-Clinic. 22. October 1887.*

Ein Bericht über 7 Fälle mit 2 Heilungen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

68) **Charters J. Symonds** (London). **Ein Resumé über die Intubation des Larynx. (Intubation of the larynx; a summary.)** *Brit. Med. Journ. p.1098. 19. Nov. 1887.*

S. giebt in dieser Arbeit einen Bericht über die Intubation, welcher, da er selbst nur ein Resumé darstellt, nicht gut einen Auszug gestattet. Zunächst liefert er einen historischen Abriss über diese Operation, alsdann beschreibt er diese selbst und die Nachbehandlung. Er betont ferner die besonderen Gefahren der Operation, wie das Aushusten oder das Hinabgleiten der Röhre in die Trachea; ebenso erwähnt er, dass die Röhre mit Membranen verstopft werden oder dieselbe beim Einführen vor sich her abwärts stossen kann. Endlich macht er noch auf die Gefahr aufmerksam, dass Nahrung durch die Röhre in die Luftwege eintreten kann. Hierauf bespricht er die Resultate der Operation. — Es kann Allen denen, welche sich für diesen Gegenstand interessiren, nur empfohlen werden, das Original zu lesen. A. E. GARROD.

69) **W. Cheatham. Drei mit Erfolg durch Intubation behandelte Fälle von pseudomembranösem Croup. (Three successful cases of intubation for pseudomembraneus croup.)** *American Practitioner and News. Louisville. 24. December 1887.*

Ch. glaubt, dass die Epiglottis beim Schluckakt sich nicht flach abwärts gegen des Larynxeingang wie ein Deckel andrücke, sondern dass sie sich seitlich contrahirt, wie es der Larynx beim Schlucken thut. Da nun der Larynx, wenn die Intubationsröhre in situ sich befindet, diese Bewegung nicht auszuführen vermag, so kann die Epiglottis, deren seitliche Contraction mit der des Larynx synchronisch ist, den Schluss nicht vervollständigen. Wenn das der Fall ist, so ist der Eintritt von Flüssigkeiten in die Trachea nach Einführung der Röhre leicht zu verstehen. Ch. legt deshalb den Patienten so, dass der Kopf niedriger als der Rumpf sich befindet; d. h. Patient beugt sich über den Bettrand hinab, und die Flüssigkeit wird durch eine gekrümmte Glasröhre oder durch die weiche Gummiröhre einer Kinderflasche aufgesogen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

70) **W. E. Shaw. Intubation des Kehlkopfs. (Intubation of the larynx.)** *Cincinn. Lancet-Clinic. 12. November 1887.*

Bericht über 7 Fälle mit 2 Heilungen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

71) **J. F. Baldwin. Intubation des Larynx. (Laryngeal intubation.)** *Columbus Medical Journal. December 1887.*

Ein Bericht über zwei Fälle, bei welchen beiden eine Besserung der Erscheinungen erzielt wurde, der tödtliche Ausgang an Diphtherie jedoch nicht verhütet werden konnte. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

e. Kehlkopf und Luftröhre.

72) **Brown-Séquard. Ueber die Pathologie des Kehlkopfvagus. (Prof. Brown-Séquard upon the pathology of the laryngeal vagus.)** *Lancet. 7. Mai 1887.*

Ein Leitartikel über Brown-Séquard's Ansichten hinsichtlich dieser Frage.
A. E. GARROD.

73) **Dos** (Anklam). **Zur Lehre vom Husten.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 7. 1887.*

D. beschäftigt sich eingehender mit dem pathologischen Reflexhusten und verweist hauptsächlich auf die Erklärung von Strübing, dass die pathologische Reflexaction sich durchaus gesetzmässig entwickele. Der Hustenreflex hat bei Reizung irgend welcher peripheren Zonen, von welchen aus für gewöhnlich keine Hustenbewegung ausgelöst wird, stets dann statt, wenn eine gesteigerte Erregbarkeit des Nervensystems selbst und wenn andererseits eine gleichzeitige Erregung des Hustencentrums oder der Hustenreflexbahnen durch bestehende oder kurz vorher abgelaufene Schleimhauterkrankungen der Luftwege vorliegt. Beim gesunden Individuum, oder wo eine der beiden Bedingungen fehlt, tritt Reflex nicht ein. D. theilt dann drei selbst beobachtete Fälle von Reflexhusten mit und bespricht die Berechtigung des Milz-, Leber- und Magenhustens, sowie die Therapie. Nicht ein Glied in der Reihe der Erscheinungen ist zu behandeln, sondern der ganze Mensch; aus der Vernachlässigung dieses Punktes erklären sich auch die vielfachen negativen Resultate bei der Behandlung der nasalen Reflexneurosen.
SCHECH.

74) **Max Bresgen** (Frankfurt a. M.). **Zur Frage des nervösen Hustens.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 49. S. 929. 1887.*

Im Anschluss an die Mittheilungen Rosenbach's macht B. darauf aufmerksam, dass Abkühlungen der Haut, auch geringfügiger Natur, zu den Reizen gehörten, die den nervösen Husten auszulösen im Stande seien. Neben der psychischen Behandlung, der Hautpflege etc. sei deshalb die Verhinderung der ungewohnten Kältewirkung resp. Wärmeentziehung bei der Therapie zu berücksichtigen.
B. FRAENKEL.

75) **Percy Jakins** (London). **Ein Fall von Ohrenhusten. (A case of ear cough.)** *Practitioner. Juni 1887.*

Patient, 49 Jahre alt, litt seit vier Jahren an krächzendem Husten, magerte dabei ab, hatte Nachtschweisse und phantasirte zuweilen. Nachdem man aus beiden Ohren Wachspfröpfe entfernt hatte, schwanden alle Symptome, und Patient erholte sich vollständig.
A. E. GARROD.

76) **P. Müller. Uterushusten. (De la toux uterine.)** *Thèse. Paris, Juli 1887.*

Das Symptom zeigt sich besonders während der Schwangerschaft, ferner bei den malignen Tumoren, wo man es häufiger bei Fibromen antrifft, sodann bei Metritis und bei Lageveränderungen des Uterus. Der Husten unterscheidet sich von dem hysterischen durch seine oberflächlichen, keuchhustenartigen Anfälle und verschwindet nach der Localbehandlung des Uterus.
E. J. MOURE.

77) **J. Harmon. Keuchhusten, seine Behandlung und schnelle Heilung. (Whooping cough, its treatment and prompt cure.)**

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

78) **George Holloway** (Birmingham). **Keuchhusten mit Naseninsufflationen behandelt. (Whooping cough treated by nasal insufflations.)** *Brit. Med. Journal. p. 827. 15. October 1887.*

H. rühmt sehr die Behandlung des Keuchhustens mit Einblasungen von Borsäure in die Nase. Es ist die von Guerder (Paris) empfohlene Methode, welche sich auf die Theorie stützt, die diese Krankheit als einen von der Nase ausgelösten mit Schwellung der Schleimhaut und Nasencatarrh einhergehenden Reflexact parasitären Ursprungs ansieht. H. beschreibt einen einfachen Insufflator, der sich ihm dabei nützlich erwies. A. E. GARROD.

79) **J. Roche Lynch** (London). **Benzol gegen Keuchhusten. (Benzol in whooping cough.)** *Brit. Med. Journal. p. 939. 29. October 1887.*

L. empfiehlt dringend die interne Darreichung von Benzol beim Keuchhusten. Er giebt es in Dosen von 2—10 Gran mit Schleim und Tinct. chloroformii comp. A. E. GARROD.

80) **Guy. Uebersicht der Behandlung des Stickhustens im Jahre 1887. (Bilan du traitement de la coqueluche en 1887.)** *Thèse de Paris. 1887.*

G. zieht aus seiner Studie gewisse Schlüsse, von denen wir nur die wichtigsten wiederzugeben uns beschränken: Die Behandlung wird bei dem einen Kranken anders sein, als bei dem anderen; sie wird auch bei demselben Kranken von einem Tage zum anderen sich ändern. Wiederholte Darreichung von Brechmitteln im catarrhalischen Stadium, beruhigende und krampfstillende im krampfhaften Stadium. Pinselungen des Schlundes mit Cocain im catarrhalischen Stadium. Schwarzer Kaffee und alkoholische Getränke nach der Mahlzeit gegen Erbrechen von Speisen. Keine specifische Behandlung gegen den Parasiten, jedoch antiseptische Inhalationen. Pulvereinblasungen in die Nase. Hygienische Massnahmen werden die Dauer der Krankheit abkürzen können.

Man wird in der These einige abgekürzt gegebene Beobachtungen finden, in denen die verschiedenen Mittel mit mehr oder weniger sichtbarem Erfolg gegeben wurden. E. J. MOURE.

81) **Hellmuth** (Wlaschim, Böhmen). **Tussis convulsiva, Apoplexia, Hemiplegia.** *Internationale klin. Rundschau. No. 31. 1887.*

Ein 2jähriges Mädchen erlitt in Folge eines Krampfhustenanfalles einen aploplektischen Insult mit linksseitiger Hemiplegie, welche in 3 Wochen ausheilte. Die Lähmung des Gesichtes und der Zunge war bereits am zwölften Tage geschwunden. CHIARI.

82) **M. Affanassieff** (Petersburg). **Aetiologie und klinische Bacteriologie des Keuchhustens. (Aetiologia i klinitscheskaja bakteriologia kokljuscha.)** *Wratsch. No. 33, 34, 35, 37, 38. 1887.*

Nach weitläufiger Besprechung der einschlägigen Literatur, geht Verf. zu

seinen eigenen Experimenten über, welche er mit grosser Genauigkeit mittheilt. Ein kleines Stückchen Auswurf eines Keuchhustenkranken aus dem stad. conv., mit allen Vorsichtsmassregeln zur mikroscopischen Untersuchung präparirt, zeigte (nur bei einer Vergrösserung von 700—1000 mal) eine Menge kurzer Stäbchenbacterien von 0,6—2,2 μ, theils einzeln, theils zu zwei oder in längeren Ketten. Ihres, von allen bisher bekannten Bacterien ganz verschiedenen Aussehens willen, stellte Verf. Plattenculturen damit an, indem er ein Theilchen jenes Sputums auf Fleischpeptonagar und Fleischpeptongallerte verimpfte, je 2 Platten. Nach zwei bis drei Tagen erschienen auf allen Platten zahlreiche, fast gleichartige Bacteriencolonien: runde oder ovale, hellbraune Colonien, mit glatten Rändern, die die Gallerte nicht verflüssigten, — runde am Rande leicht gezahnte, ganz schwarze Colonien, — grosse, mattgefärbte, aus kurzen, dicken Stäbchen bestehende, — und runde Colonien mit gezackten Rändern und brauner Mitte, aus einem runden, grossen Coccus bestehend. In den erstgenannten Colonien waren durch das Mikroscop Reinculturen der oben beschriebenen Stäbchenbacterien zu sehen, welche Verf. nach sorgfältigem Vergleichen mit allen bis jetzt bekannten Bacteterien, als eine Bacterie sui generis erkennen musste; und da Culturen aus dem Auswurf noch anderer Keuchhustenkranker genau dasselbe bacterioscopische Resultat ergaben, wurden nun diese Reinculturen der Stäbchenbacterien auf verschiedenen Nährboden verimpft. Diese Stäbchenbacterie wächst schon bei Zimmertemperatur, im d'Arsonval'schen Thermostat (37°—38° C.) sehr stark. Sie verflüssigt den Nährboden gar nicht und kommt am rasehesten und zahlreichsten auf der Kartoffel und auf Fleischpepton agar fort. Hier ist schon am zweiten Tage ein deutlicher Belag zu sehen, der erst durchsichtig grau, späterhin ganz weiss ist. Aehnlich ist der Belag auf sterilisirtem Blutserum, nur dass er sich hier nicht weit ausbreitet, sondern auf einer bestimmten Stufe des Wachsthums stehen bleibt. Auf der Kartoffel ist der Belag glänzend und gelblich, späterhin braun und recht dicht. Auf der Gallerte wächst der Mikrob langsam, der Belag ist hier auch dünner, grau, mit rauher Oberfläche und unregelmässigen Rändern, welche am 8. und 9. Tage stark gezahnt sind. Mit den Reinculturen dieser Stäbchenbacterie hat Verf. 18 Impfversuche an Thieren gemacht. Es wurde eine Lösung von einer mindestens 8 Tage alten Bacteriencultur auf Agar-Agar und 1—2 Cubikcentimeter Kochsalz gemacht, und Hunden und Kaninchen durch die Luftröhre oder in die Lungen eingespritzt — natürlich unter antiseptischen Cautelen. Die Thiere bekamen alle eine keuchhustenartige Krankheit, oft complicirt mit Bronchopneumonie; einige starben und die Section zeigte, dass der Hauptsitz der eingespritzten Bacterien die Schleimhäute der Bronchien, der Luftröhre und sogar der Nase sind. Dieselbe Bacterie wurde in Leichen an Keuchhusten verstorbener Kinder gefunden (in den Lungen und den Schleimhäuten der Athmungswege), — so dass Verf. diese Bacterie für die wahre Ursache des Keuchhustens hält und sie Bacillus tussis convulsivae nennt. Hinsichtlich der Therapie sagt Verf. nichts Neues, sondern hält Einspritzungen und Inhalationen von Desinfectionsstoffen für sehr zweckmässig.

LUNIN.

83) **Widerhofer (Wien). Ueber Diagnose, Prognose und Therapie der Pertussis.** Klinischer Vortrag. *Wiener med. Zeitung. No. 26 u. 31. 1887.*

Es gelang bis jetzt noch nicht den Pilz zu finden, der wahrscheinlich diese Krankheit veranlasst; hierfür spricht der cyclische Verlauf und die Contagiosität. Nach eingehender Besprechung der Momente, welche die Diagnose auch im Stadium catarrhale ermöglichen, geht W. über auf die Symptome und Prognose, und erwähnt dabei besonders den Umstand, dass beim Eintritte schwerer fieberhafter Complicationen die Anfälle plötzlich aufhören. Bei der Prognose ist besonders zu beachten die Disposition zu Scrophulose und Tuberculose, welche durch die Bronchitis leicht zu florider Tuberculose führen kann. Bei der Behandlung ist möglichst auf gute Ernährung und gute Luft (wenn möglich Aufenthalt im Freien) zu sehen. Im Stadium convulsivum kann man Narcotica anwenden, Belladonna, Morphin, Hyoscyamus oder Cannabis. Auch Syrup antispasmodique 3—4 Kaffeelöffel Tags über wirkt manchmal gut. Antiseptische Einathmungen und 5 procentige Bromnatrium-Inhalationen sind auch etwas wirksam. Innerlich giebt W. meistens Chinin 0,2—0,25 pro dosi mehrmals täglich. Von Cocain-Bepinselungen sah W. wenig Erfolg. CHIARI.

84) **Hennig. Therapeutisches wider den Keuchhusten.** *Jahrbuch für Kinderheilkunde etc. Bd. 26. Heft 3 u. 4. 1887.*

Wechsel des Wohnorts bekommt den Kranken erst gut auf der Höhe der Krankheit und nie bei gleichzeitigem Lungencatarrh. Abschneidend wirkt bei noch nicht Geimpften die Vaccination, der Husten verschwindet aber erst während der Borkenbildung vom 13. Tage an. Bei schleimerfüllter Luftröhre wirken günstig Brechmittel; die Narcotica schaden hier nur und dürfen erst nach der Schleimentleerung gegeben werden; am besten ist Pulv. Belladonnae 0,01—0,05 Abends. Pinseln der Rachenwandung mit Silberlösung und Inhalationen von Chinin sind gleichfalls zu empfehlen. SCHECH.

85) **Stuart Nairne. Ein Fall von Stummheit bei erhaltenem Gehör. (Case of hearing mutism.)** *Glasgow Medical Journal. Juli 1887.*

Der Knabe, welcher in der Sitzung der Glasgow Southern Medical Society vorgestellt wurde, hatte, als er 16 Monate alt war, „Scharlach und Krämpfe und litt seit jener Zeit an Chorea, welche bald besser, bald schlechter wurde . . . . Das Gehör ist intakt. Patient konnte nicht lesen, aber singen. Er kann alle Vocale in krampfhafter Weise wiederholen; was die Consonanten betrifft, so spricht er m sehr gut und ebenso die Gutturales, die anderen jedoch nicht deutlich oder auch nicht alle“.

Der Fall rief eine lebhafte Discussion und Betrachtung hervor. Es wurde ein Comité ernannt, welches den Fall untersuchen sollte. Dasselbe kam zu folgendem Schlusse: „Die Chorea hat die Muskeln des Gesichts, des Halses, der Zunge, des Gaumens und die bei der Vocalisation thätigen Muskeln ergriffen.“ Es wurde empfohlen, den Knaben nach der Finger- und Zeichenmethode unterrichten zu lassen. Einer laryngoscopischen Untersuchung wird nicht Erwähnung gethan, aber es scheint unglaublich, dass dieselbe unterlassen wäre. M'BRIDE.

86) **Dauvin. Larynxschwindel. (Vertige laryngé.)** *Journal de méd. de Paris. 7. August 1887.*

D. berichtet zunächst eine an sich selbst gemachte Beobachtung: Er wurde 1877, 82 und 85 von einem Stechen im Halse, schnellem, convulsivischem Husten, mit drohender Asphyxie und Verlust des Bewusstseins befallen. Unmittelbar darauf trat der normale Zustand wieder ein. D. hat denselben Zustand bei zwei anderen Kranken beobachtet und bezeichnet ihn als Larynxschwindel. Sollte es sich hierbei nicht um Laryngospasmus gehandelt haben? E. J. MOURE.

87) **C. L. Dana** (New-York). **Hereditärer Tremor. (Hereditary tremor.)** *Intern. Journal of the Medical Sciences. October 1887.*

Die beschriebene Affection charakterisirt sich durch Tremor, welcher in der Kindheit begann und sich durch das Leben fortsetzte bei Personen nervösen Temperaments. Er hört während des Schlafs auf und kann zeitweilig inhibirt werden. Die Affection interessirt uns nur deshalb, weil es festgestellt ist, dass der Krampf auch die Larynxmuskeln befallen kann. Hinsichtlich der Details muss auf das Original verwiesen werden. M'BRIDE.

88) **H. V. Sweringen. Chloroform beim spasmodischen Croup. (Chloroform in spasmodic croup.)** *Med. and Surg. Reporter. Philadelphia, 3. December 1887.*

Ein casuistischer Beitrag. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

89) **W. B. Cheadle** (London). **Ueber die Pathologie und Therapie des Laryngospasmus, des Tetanus und der Convulsionen. (On the pathology an treatment of laryngismus, tetany and convulsions.)** *Lancet. 7. u. 14. Mai 1887.*

In dieser interessanten Vorlesung beschreibt C. diese drei Zustände als den Positiv, Comparativ und Superlativ des Krampfzustandes bei Kindern und bemerkt, dass sie fast immer von einer gesteigerten Erregbarkeit des Nervensystems abhängen.

Er legt grosses Gewicht auf die Rachitis als prädisponirende Ursache.

Wenn Tetanus bei Kindern vorhanden ist, findet sich auch fast regelmässig Laryngismus gleichzeitig vor.

Subnormale Ernährung ist in der That die stärkste Ursache dieses Zustandes, bei dem die motorischen Zellen schlecht ernährt sind.

Ausserdem findet sich dabei eine unmittelbar reizende Ursache, wie Zahnung, Diarrhoe oder Erkältung vor.

In der Behandlung sind hauptsächlich drei Dinge anzustreben:

1. Hebung der Anfälle wenn sie auftreten,
2. Verhütung von späteren Anfällen und
3. Beseitigung des prädisponirenden rachitischen Zustandes.

Beim Laryngismus ist das Bespritzen des Gesichts mit kaltem Wasser, ein heisser Schwamm auf den Larynx, oder das Einführen eines Fingers in den Hals, um Brechen zu erregen, wirksam. Den besten Schutz gegen die Anfälle geben Chloral und Bromsalze, am besten beide zusammen. Es müssen grosse Dosen, oft wiederholt, gegeben werden. — Zur Erfüllung der dritten Indication empfiehlt C. die Ernährung mit Milchrahm oder rohem Fleisch neben der besten Kindernahrung und später Leberthran und milchphosphorsauren Syrup von Kalk und Eisen. Alkohol ist oft ein nützliches Adjuvans. Bildet unverdaute Nahrung eine

Reizursache, so ist Ol. Castoris oder eine einzige Dosis Calomel zu geben; jedoch ist häufiges Abführen nicht zu empfehlen. Besteht Diarrhoe, so muss sie beseitigt werden; wobei Bismuth und Kreide mit kleinen Mengen Opium, vorsichtig dargereicht, sich am nützlichsten erweisen. A. E. GARROD.

90) **M. B. Larynxkrampf, mit nervösen Symptomen vergesellschaftet. (Laryngeal spasm with associated nerve-symptoms.)** *Lancet. 19. November 1887.*

Schreiber dieses Briefes bittet um Rath für die weitere Behandlung einer jung verheiratheten, 25jährigen Frau, die zuweilen, gewöhnlich nach dem Essen, von beunruhigender Dyspnoe befallen wird, während sich gleichzeitig eine Urticaria vom Kopf bis zu den Füssen entwickelt. Zuweilen erfolgt Erbrechen mit unmittelbarer Besserung. Sonst vergeht die Athemnoth in ca. $^1/_2$ Stunde. Einigen Nutzen erzielte er mit Antidyspepticis, Nux vomica, Bromsalzen etc., Aether, Chloroform, heissen Schwämmen etc. während des Anfalls. A. E. GARROD.

91) **J. S. Whittacker. Stimmritzenkrampf. (Spasm of the glottis.)** *Trans. Assoc. American Physicians. Vol. I. p. 69. 1887.*

In der grossen Mehrheit der Fälle zeigt der Glottiskrampf das Vorhandensein von Rachitis an, und nicht selten ist er das erste Symptom, welches den Verdacht auf letztere Krankheit erregt. Er zeigt jedoch nicht sowohl den Grad als das Stadium der Rachitis an; denn er fehlt oft in den ausgesprochensten Fällen und zeigt sich bei den leichteren Formen. Die Complication ist mehr geneigt, sich im acuten Stadium der Rachitis zu zeigen, und ihre Intensität entspricht der Schnelligkeit des Vorschreitens der Krankheit. Daher tritt sie auch, wie Monti behauptet, mehr im Frühling und Herbst auf, wo die Rachitis sprungweise vorschreitet. Der Glottiskrampf ist eine Neurose und der Charakter des Krampfes — der tonische — verweist ihn unter das Capitel des directen Krampfes, dessen Reiz im Centrum oder im Verlauf des motorischen Nerven liegt. Der Anfall kann zu jeder Zeit am Tage oder des Nachts mit wechselnder Häufigkeit auftreten, im Allgemeinen als Folge einer Störung der Bewegung oder der Sensibilität. Vielleicht bildet in den meisten Fällen ein leichter Catarrh des Schlundes, des Rachens oder des Kehlkopfs die prädisponirende Ursache dazu. Die Behandlung des Glottiskrampfes ist gegen die Rachitis zu richten; den Larynx direct zu behandeln, ist ganz ohne jeden Nutzen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

92) **Charcot. Einseitiger Glossolabialkrampf bei Hysterischen. Differentialdiagnose zwischen capsulärer und hysterischer Hemiplegie. (Spasme glosso-labié unilateral des hystériques. Diagnostic entre l'hémiplégie capsulaire et l'hémiplégie hystérique.)** *Sem. méd. 2. Februar 1887.*

Der Titel besagt, um was es sich handelt. Im Uebrigen hat diese Arbeit wenig Beziehung zu unserer Specialität. E. J. MOURE.

93) **S. H. Kellogg. Larynxkrampf der Musiker und Redner. (Laryngeal cramp of musicians and speakers.)** *New-York Medical Record. 23. Juli 1887.*

Die motorischen Störungen, auf welche in dieser Arbeit die Aufmerksamkeit gelenkt wird, haben, wie bekannt, in den Abhandlungen über Laryngologie oder

in den Specialwerken über Krankheiten des Nervensystems keine besondere Beschreibung erfahren.

Sie können als gewerbliche Motilitätsneurosen bezeichnet werden und sind in die grosse Gruppe der Nervenkrankheiten zu rechnen, deren bekannteste Form der Schreibkrampf ist. Es wiegt hierbei mehr eine incoordinirte und gesteigerte Action vor, als ein Verlust der Motilität, und deshalb gebraucht Ross nicht unzweckmässig den Ausdruck „gewerbliche Hyperkinesen“ als eine Collectivbezeichnung für alle Formen des gewerblichen Krampfes. In Uebereinstimmung mit dieser Nomenclatur ist der Ausdruck gewerbliche Larynxhyperkinese gewählt worden.

Die Aetiologie der Larynxhyperkinesen ist ebenso durchsichtig, wie ihre Pathologie dunkel ist. Klinische Beobachtungen haben es über jeden Zweifel festgestellt, dass übermässige functionelle Thätigkeit eine Ursache der verschiedenen Formen motorischer Erkrankung in den Gruppenmuskeln der Extremitäten, wie aller derjenigen Körpertheile darstellt, die einer streng coordinirten willkürlichen Bewegung fähig sind. Es würde der physiologischen Analogie und dem ätiologischen Gesetz widersprechen, wenn nicht eine ähnliche Folge von Erkrankungen einer gleichen Ursache bei den Larynxmuskeln entspräche, welche so schwieriger associirter Bewegungen fähig sind.

Die Symptome und die Fälle fallen natürlich unter zwei Hauptgruppen, die technisch als hyperkinetische und hypokinetische zu bezeichnen sind.

Die hyperkinetische Gruppe wird charakterisirt durch eine krampfhafte und incoordinirte Thätigkeit der Larynxmuskeln, oder derjenigen Muskeln, welche unmittelbar bei der Phonation oder in ähnlichen Acten vergesellschaftet sind. Die zweite oder hypokinetische Gruppe wird charakterisirt durch eine Herabsetzung oder den Verlust der Function der Larynxmuskeln als Folge einer fortgesetzten Ueberanstrengung.

Die Hauptsymptome können kurz zusammengefasst werden als Incoordination, Parese, Tremor oder Krampf der Kehlkopfmuskeln, besonders derjenigen, welche bei der Exspiration und während der Phonationsanstrengungen thätig sind.

Die Pathologie aller gewerblichen Motilitätsneurosen ist, milde ausgedrückt, eine hypothetische.

Die annehmbarste Theorie ist die, dass die Larynxhyperkinesen centralen Ursprungs seien, dass die Hauptstellen der pathologischen Reizbarkeit zuerst in den Rindencentren und weiterhin in der Medulla oblongata liegen.

Die Diagnose der gewerblichen Larynxhyperkinesen stellt man durch Ausschluss gewisser wohlbekannter pathologischer Processe. So werden alle Formen von Druck auf die Vagusnerven durch Drüsenschwellungen und verschiedene Tumoren auszuschliessen sein, ferner der Druck auf die Recurrentes durch ein Aneurysma thoracicum; ebenso diphtheritische, rheumatische, syphilitische und andere constitutionelle oder toxische Processe, welche von motorischen Störungen des Larynx begleitet oder gefolgt sind.

Es ist ebenso nothwendig, die frühzeitigen Larynxkrisen bei Tabes, die hysterische Aphonie, gewisse reflectorische Krampfzustände, Fälle von krampfhaftem Stottern und die phonetische Incoordination bei allgemeiner Paralyse aus-

zuschliessen. Betreffs letzterer Krankheit ist bemerkenswerth, dass berufsmässige Sänger, welche in allgemeine Paralyse verfallen, Larynxhyperkinese als erstes Symptom derselben darbieten können.

Die Prognose ist bei der Larynxhyperkinese, ebenso wie in allen anderen Gewerbshyperkinesen, schlecht. Die Krankheit entwickelt sich gewöhnlich allmälig und zur Zeit, wo sie ganz ausgesprochen und erkennbar ist, hat sie einen chronischen Charakter angenommen.

Bei den meisten Sängern und Rednern, die davon befallen sind, ist eine mehr oder weniger dauernde Unbrauchbarkeit zu erwarten. Die sichere Prognose ist jedoch etwas abhängig von dem Alter und der Constitution des Patienten, von der Dauer der Krankheit und vòn der Geneigtheit des Patienten, der vorgeschriebenen Behandlung treu zu bleiben.

Die Behandlung der Larynxhyperkinesen hat schliesslich eine einzige Indication zu erfüllen, d. i. vollständige Ruhe der afficirten Muskeln. Jeder anstrengende Exspirationsact, wie Husten, Lachen und Schreien, sollte, soweit als möglich, vermieden werden, und vor allen Dingen ist der freiwillige Gebrauch der Larynxmuskeln zu verbieten.

Selbst das stille Lesen der musikalischen Partituren, das bei Sängern so gewöhnlich ist, ruft latente motorische Impulse hervor und ist nachtheilig.

Von localen Maassnahmen sind vielleicht die Electricität und die Larynxmassage am wirksamsten. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

94) **Sancte de Sanctis** (Ficulle). **Ein Fall von Glottiskrampf hysterischen Ursprungs. (Un caso di crampo della glottide d'origine isterica.)** *Raccoglitore medico. No. 10. 1887.*

13jähriges, noch nicht menstruirtes Mädchen, klagt über einen leichten Schmerz in der rechten Ovarialgegend und hat Anfälle von Glottiskrampf, die in folgender Weise auftreten. Sie fühlt von der rechten Unterbauchgegend eine Kugel zum Magen aufsteigen und dann sich im Hals festsetzen, wird dann roth im Gesicht und setzt alle Athemmuskeln in Bewegung, um geräuschvolle und tiefe Inspirationen und kurze und seltene Exspirationen zu Stande zu bringen. Diese Anfälle traten sehr häufig ein und konnten jedesmal durch Compression des rechten Ovariums coupirt werden. Einen Monat blieben sie aus, und als sie sich wieder einstellten, wurden sie dadurch dauernd beseitigt, dass die Mutter der Kranken ihr zwei Nähnadeln auf der Haut des Thorax befestigte und eine Nacht hindurch in situ liess.

Verf. stellt die Diagnose auf Glottiskrampf hysterischen Ursprungs, indem er aus 7 Gründen Larynxschwindel ausschliesst, was nach seiner Schilderung der Anfälle kaum nöthig erscheint. Er spricht über Hysterie bei Kindern, Aura hysterica, Compression des Ovariums, Metallotherapie und citirt viele Autoren.

KURZ.

95) **R. Levy. Aphonie und Dysphonie. (Aphonia and Dysphonia.)** *Denver Med. Times. September 1887.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

96) **J. D. Arnold. Zwei Fälle von Aphonie. (Two cases of aphonia.)** *Trans. Med. Soc. California. p. 222. 1887.*

Der erste Fall war deshalb von Interesse, weil die Aphonie auf einen Diphtherieanfall folgte, und man deshalb an eine diphtheritische Paralyse dachte. A. sah den Fall nach zwei Jahren und diagnosticirte aus dem Umstande, dass keine Besserung eingetreten war und die Untersuchung eine Unbeweglichkeit des linken Stimmbandes bei der Phonation ergab, eine hysterische [? Red.] Paralyse. Der Fall heilte unter electrischer Behandlung. Als jedoch nach $2^1/_2$ Jahren die Pat. durch einen Unfall in der Familie eine starke Gemüthserschütterung erlitt, verlor sie ihre Stimme wieder.

Der zweite Fall war syphilitischer Natur. Es bestand eine starke Schwellung des linken Giessbeckens, und das linke Stimmband war vollständig durch einen Tumor verdeckt, der sich als der prolabirte Ventrikel erwies. Letzterer wurde zwar leicht durch eine Sonde reponirt, aber der geringste Husten brachte den Prolaps wieder hervor. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

97) **Boland. Aphonie, geheilt durch Suggestion im wachen Zustande. (Aphonie guérie par suggestion à l'état de veille.)** *Gaz. des hôp. 19. Juli 1887.*

Es handelt sich um die Analyse einer Arbeit, die der Soc. méd. chir. de Liège (Belgien) vorgelesen wurde (vgl. folgendes Referat). E. J. MOURE.

98) **Boland** (Verviers). **Heilung einiger Fälle von nervöser Aphonie durch Suggestion im wachen Zustande. (Quelques cas d'Aphonie nerveuse guéris par suggestion à l'état de veille.)** *Extrait des Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège. 1887.*

Der Verf. theilt 6 Fälle hysterischer Aphonie mit, welche er dadurch zur Heilung brachte, dass er seinen Patientinnen die Ueberzeugung suggerirte, dass das Einführen des Kehlkopfspiegels hinreiche, um die Stimme wieder hervorzurufen. BAYER.

99) **Rieger. Ein Fall von anfallartig auftretenden Zuständen von Verlust der lauten Stimme.** Sitzungsbericht der med.-physik. Gesellschaft zu Würzburg vom 12. Februar 1888.

Gewöhnlicher Fall von functioneller Stimmbandlähmung! SCHECH.

100) **N. Simanowski** (Petersburg). **Ueber die Schwingungen der Stimmbänder bei Paralyse verschiedener Kehlkopfmuskeln. (O kolebaniach golosowich swjosoc pri paralitschach rasnich gortannich mischz.)** *Geschen. klin. Gaz. No. 26. 1887.*

Verf. hat in seiner früheren Arbeit über die Innervation der Kehlkopfmuskeln sich dahin ausgesprochen, der Musc. crico-thyreoideus werde vom Ramus altern. des Nerv. laryngeus super. versorgt, während Exner annimmt, dieser Muskel werde von dem von ihm entdeckten Nerv. laryng. med. versorgt. Verf. versucht in dieser Arbeit seine Ansicht von einem anderen Gesichtspunkte aus zu beweisen, wobei er auf die Functionen dieses Muskels und auf die Schwingungen der Stimmbänder zu sprechen kommt.

Koschlakow hatte an seinem künstlichen Kehlkopf gefunden, dass die Stimmbänder gleichzeitig schwingen, so lange sie beide ganz gleichmässig ge-

spannt sind. Ist ein Stimmband aber stärker gespannt als das andere, so schwingen sie ungleichzeitig. Die Beobachtung ist weder an Thieren, noch an Menschen bestätigt worden.

S. entfernte einem Hunde den rechten Musc. crico-thyreoid. und einem anderen Hunde schnitt er ein grösseres Stück des Ramus alt. nervi laryng. sup. aus; als die Wunden verheilt waren, untersuchte Verf. seine Experimentirhunde mit dem Laryngoscop und Stroboscop während der Phonation. Er fand in beiden Fällen das rechte Stimmband weniger gespannt und wenn der Hund tiefe Töne hören liess, so bewegten sich beide Stimmbänder ungleichzeitig. Bei hohen Tönen oder beim Winseln bewegten sich beide Stimmbänder gleichzeitig. Letzteren Umstand will Verf. durch eine verstärkte Arbeitsleistung des Musc. crico-thyreoid. der gesunden Seite erklären. Lähmte er seinem Experimentirhunde beide Musc. crico-thyreoid. durch Durchschneidung der Nerven, so konnte das Thier nur einen tiefen Ton hervorbringen; die Stimmbänder erschienen ganz schlaff, bewegten sich aber bei der Phonation ganz gleichzeitig.

Bei einem Pat. mit rechtsseitiger Recurrenslähmung fand Verf. mit dem Stroboscop bei tiefen Tönen das rechte Stimmband ganz unbeweglich, bei hohen Tönen begann das rechte Stimmband auch zu schwingen, und zwar gleichzeitig mit dem gesunden.

Verf. spricht sich dahin aus: Mit dem Stroboscop lassen sich sehr leicht verschiedene paretische und paralytische Affectionen des Kehlkopfmuskels erkennen und ferner hält Verf. die Innervation des Musc. crico-thyreoid. durch den Ramus alt. nerv. laryng. sup. für bewiesen. LUNIN.

101) **Lubet-Barbon. Studie über die Paralysen der Larynxmuskeln. (Etude sur les paralysies des muscles du larynx.)** *Thèse de Paris. 1887.*

Die Inauguraldissertation von L.-B. ist ein einfaches, mehr als kurzes Resumé über den Stand unserer Kenntnisse über diesen Gegenstand. Man sieht, dass der Verf. noch lange nicht genug Erfahrung über das Laryngoscop und über dasjenige hat, was uns der Spiegel in solchen Fällen lehren kann. E. J. MOURE.

102) **Mc. Call Anderson** (Glasgow). **Bulbärparalyse. (Bulbar paralysis.)** *Glasgow Med. Journal. October 1887.*

Vorstellung eines Patienten mit bulbär-ähnlichen Symptomen als Folge eines epileptischen Anfalls. Dieselben besserten sich sehr durch die Behandlung: Faradisation, innerlich Brom- und Jodkali. Mc. BRIDE.

103) **Keller. Accessoriuslähmung.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 36. S. 606. 1887.*

Vorstellung einer Kranken von 55 Jahren im ärztlichen Verein zu Cöln. Bei derselben trat einen Tag nach einer Durchnässung Heiserkeit und bei Bewegungen Athemnoth auf, sowie Behinderung der Beweglichkeit des linken Arms, der nur bis zur Horizontalen gehoben werden konnte. „Totale Lähmung des linken Stimmbandes in Cadaverstellung bei erhaltener Bewegungsfähigkeit des rechten, jedoch tritt letzteres bei der Phonation nur bis zur Mittellinie, so dass zwischen den Stimmbändern ein breiterer Spalt bestehen bleibt." B. FRAENKEL.

104) **C. Gerhardt** (Berlin). **Stimmbandlähmung und Icterus.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 10. S. 325. 1887.*

S. beschreibt kurz zwei Fälle, die auf seiner Klinik beobachtet wurden, und bei welchen sich neben Icterus weites Klaffen der Glottis bei der Phonation fand, während die Stimmbänder bei der Respiration nach aussen bewegt wurden. In dem einen Fall war Tachypnoe (54—80 Athemzüge in der Minute) vorhanden. Beide Fälle gingen in Genesung über. B. FRAENKEL.

105) **David Newman** (Glasgow). **Eine Vorlesung über einige Punkte rücksichtlich der diagnostischen Bedeutung und der therapeutischen Indicationen der Larynxsymptome, herrührend vom Druck von Aneurysmen auf den Vagus und die Nerv. recurrentes. (A lecture on some points in relation to the diagnostic significance and therapeutic indications of laryngeal symptoms resulting from pressure of aneurysms upon the vagus and recurrent laryngeal nerves.)** *Brit. Medical Journal. 2. Juli 1887.*

Die Punkte, auf welche N. Nachdruck legt, sind: 1. Dass Aneurysmen der Aorta und der Art. innominata zuerst zur Entstehung von Larynxsymptomen Anlass geben können, dass bei genauerer Untersuchung jedoch gewöhnlich noch andere Beweise erhalten werden können. 2. Dass in den ersten Stadien der Druck Dyspnoëparoxysmen mit Stridor und Husten hervorrufen kann. 3. Dass in dem späteren Stadium gewöhnlich Paralysen auftreten, die nicht immer auf eine Seite beschränkt sind. 4. Dass in gewissen Fällen die Tracheotomie zu machen ist, nicht nur um die Asphyxie zu verhüten, sondern auch als ein Heilverfahren.

Fall I. betrifft einen Mann von 45 Jahren, der wegen paroxysmenartiger Dyspnoë und rauhen trockenen Hustens in's Krankenhaus kam; die Stimme war kaum geschwächt, ausgenommen während der Paroxysmen. Das Laryngoscop zeigte zuerst nichts Abnormes. Wenn man jedoch den Spiegel kurze Zeit in Position erhielt, sah man, dass das rechte Stimmband quer über die Mitte der Glottis gezogen und festgestellt wurde, und dass ein Anfall von Dyspnoë folgte. Es bestanden geringe Beschwerden beim Schlucken von festen Substanzen. Obwohl andere Anzeichen sich nicht fanden, so wurde er doch auf Aneurysma behandelt. Nach zwei Monaten wuchs die Dyspnoë, und es konnte keine genügende Untersuchung, selbst nicht mit Cocaïn, vorgenommen werden. Der Anfall ähnelte durchaus dem Laryngospasmus. Jetzt bestand eine leichte Vorwölbung des Sternalendes der Clavicula rechterseits und eine Schwächung der Resonanz. Pulsation war nicht zu fühlen; es bestand jedoch eine geringe Hypertrophie des linken Ventrikels. Er starb 6 Monate, nachdem er zum ersten Mal mit starker Dyspnoë gesehen worden war. Die am Todestage vorgenommene laryngoscopische Untersuchung zeigte, dass die Stimmbänder während des Phonationsversuchs von einander entfernt blieben. Die Dyspnoë war zum Theil durch Druck auf die Trachea bedingt. Eine Pulsdifferenz bestand nicht, aber die anderen Symptome eines Aneurysmas waren zuletzt deutlich vorhanden.

Bei der Autopsie fand sich ein kugelförmiges Aneurysma an der Basis der Innominata, welches auf die Trachea drückte, sie nach links biegend. Der rechte Nerv. recurrens war obliterirt und der rechte Vagus zusammengedrückt. Ein zweites Aneurysma fand sich in der Höhe des 6. und 7. Rückenwirbels.

Fall II. Ein Mann von 50 Jahren kam in N.'s Behandlung wegen Versagens der Stimme seit 3 Monaten. Anamnestisch war vor mehreren Jahren stattgehabte Syphilis zú constatiren. Das linke Stimmband blieb in der Cadaverstellung und das Giessbecken war so weit nach vorwärts gezogen, dass es das hintere Drittel des Stimmbandes bedeckte. Es bestand ferner eine leichte Verdickung über dem linken Giessbeckenknorpel, welche jedoch die passiven Bewegungen nicht störte.

Das einzige andere Anzeichen von Aneurysma war Ungleichheit des Pulses: Der linke war kleiner und verlangsamt.

Einige Tage darauf litt der Pat. zum ersten Mal an krampfhafter Dyspnoë. Da eine Veränderung des Larynx nicht vorhanden war, so schloss man daraus, dass die Dyspnoë von der Trachea ausging. Die Untersuchung der Brust ergab Herde schlecht begrenzter Dämpfung hinten links auf dem dritten Rückenwirbel und vorn an der Vereiniguug der dritten Rippe mit dem Sternum; ausserdem bestand ein Rauschen an diesen Stellen. Die Exspiration war ein wenig verlängert über der linken Brust, aber Rasseln war nicht zu hören. Das Herz war hypertrophisch. Der Pat. besserte sich sehr unter der Behandlung.

Fall III. Ein Mann von 48 Jahren kam mit Klagen über Athemnoth und trockenen Husten. Die Stimmbänder näherten sich vollständig, aber das linke etwas verlangsamt. Es bestand eine mässige Hypertrophie des linken Ventrikels. Zwei Monate später kehrte der Pat. mit verstärkter Dyspnoë und Husten und mit den Symptomen eines Aneurysmas wieder.

Fall IV betraf einen Mann von 68 Jahren, welcher sich erkältet und darauf seine Stimme verloren hatte. Sechs Monate später begann die Dyspnoë bei Anstrengungen. Nach drei Monaten verblieb das linke Stimmband in Cadaverstellung. Das rechte kreuzte nicht die Mittellinie. Der linke Ventrikel war leicht hypertrophirt. In dem rechten Interscapularraum fehlte das Respirationsgeräusch, und es bestand daselbst eine leichte Dämpfung. Dysphagie war nicht vorhanden.

Nach 5monatlicher vollständiger Ruhe hatte die Stimme sich gebessert, in Folge davon, dass das rechte Stimmband die Mittellinie compensatorisch kreuzte.

N. bespricht hierauf die Larynxparalyse und den Krampf, bedingt durch irgend eine Störung der Nervi recurrentes. Er betont, wie wichtig es sei, die Larynxstenose von der trachealen oder bronchialen Stenose zu unterscheiden. Er bespricht ferner die experimentellen Untersuchungen über den Vagus und die Recurrentes und die Symptome der einseitigen und doppelseitigen Abductorparalyse. Die Dyspnoë kann durch Krampf in Folge eines leichten oder intermittirenden Drucks, oder durch doppelseitige Paralyse bedingt sein, wenn der Druck beständig oder schwer ist. Ist der eine Abductor gelähmt, so kann der Krampf des anderen einen Dyspnoëparoxysmus verursachen. Ist das Lumen der Glottis zum Theil verengt, so kann die durch die Inspiration verdünnte Luft unterhalb der Strictur ein leichtes Zusammenfallen der Larynxwände erzeugen und so die Dyspnoë vermehren.

Er empfiehlt die Tracheotomie in solchen Fällen, wo eine Neigung zur Dyspnoë besteht, weil die während des Anfalls entstehende Anstrengung geeignet ist, eine schädliche Einwirkung auf den erweiterten Sack auszuüben.

A. E. GARROD.

106) **Lenmalm** (Upsala). **Beitrag zur Erkenntniss der amyotrophischen Lateralsclerose. (Bidrag til kännedommen om den amyotrophiska lateralskleroson.)** *Upsala Läkareförenings Förhandlingar. XXII. No. 7. p. 299.*

Trotz des den Laryngologen anscheinend nicht nahe liegenden Titels enthält die Arbeit sehr viele Momente, die für die Frage der Innervation und Physiologie des Kehlkopfes von grosser Bedeutung sind, weshalb ich mir auch erlaube, sie etwas ausführlicher zu referiren.

Es handelte sich um eine 50jährige Frau, die an der von Charcot in 1874 zuerst beschriebenen Krankheit: amyotrophische Lateralsclerose litt. Im Herbst 1885 fing sie an bulbär-paralytische Symptome zu zeigen. Im Februar 1886 begannen die rechten Extremitäten paralytisch zu werden. Am 17. April 1886 wurde sie in das Spital aufgenommen. Es wurde eine Parese des rechten Armes und Beines und der Gaumenmuskulatur constatirt. Sie hatte Schwierigkeiten beim Schlucken. Das rechte Stimmband konnte bei tiefer Inspiration nicht vollständig zur Seite geführt werden. Bei Intonation wurde eine stärkere Ausbuchtung des rechten Stimmbandes beobachtet. Die Lähmung entwickelte sich rasch nachher, und griff auch die linke Seite an. Status präsens am 6. December 1886: Das Gesicht und das Gehör hat nicht gelitten. Der Geschmack der rechten Zungenhälfte nach vorne ist bedeutend vermindert. Die Lippen und die Zunge sind beinahe unbeweglich. Die laryngoscopische Untersuchung zeigt die Stimmbänder etwas grauröthlich. Bei tiefer Inspiration steht das rechte Stimmband in der positio cadaverosa, und das linke geht nicht so weit als normal nach aussen. Beim Intoniren passirt das linke Stimmband die Mittellinie und legt sich an das rechte Stimmband. Die Stimmbandvibrationen sind ziemlich schwach. Wird die Larynxschleimhaut sondirt, so wird prompt Husten ausgelöst.

26. Januar 1887: Die Parese des Larynx hat zugenommen. Schlucken ist beinahe vollständig unmöglich. Am 9. Februar starb Pat. während zunehmender Prostration.

Makroscopisch wurde eine deutliche Atrophie der Pyramiden in der Medulla oblongata und der Seitenstränge des Rückenmarkes observirt. Cerebrum und Cerebellum zeigte sich makroscopisch durchaus normal, mikroscopisch wurden dagegen degenerative Veränderungen (Corps granuleux) in beiden Hemisphären nachgewiesen, und konnten bis in die Gyrus paracentralis und Gyrus centralis anterior und posterior verfolgt werden. Der Hypoglossuskern zeigte nur ganz unbedeutende Veränderungen, indem nur einzelne Zellen atrophisch waren; dasselbe war auch der Fall mit dem Vagusaccessoriuskern. Nervus vagus zeigte viele atrophische und varicöse Fäden aber wenige Degenerationsbilder, dasselbe wurde auch im N. accessorius gefunden. In seinem peripherischen Verlauf zeigte der Vagus zwischen normalen Fäden einen Theil schmaler, atrophischer, gleich wie leere Scheiden. N. N. recurrentes vagi zeigten sowohl normale als schmale und varicöse Fäden; keine ausgesprochene Degenerationsbilder. Die Muskeln der Zunge hatten überall deutliche Querstreifung beibehalten, aber viele Fäden sind schmäler als die anderen. Die Muskeln des Larynx sind bleich und dünn. Die Querstreifung ist meistens vorhanden, aber hier

und da (besonders deutlich in dem rechten M. crico-arytenoideus lateralis) ist die Querstreifung undeutlich, und an ihre Stelle wird eine Masse von feinen Körnern gefunden.

Indem der Verf. in der Epikrisis näher die einzelnen Symptome bespricht, sagt er unter Anderem folgendes:

„Was das Larynxcentrum beim Menschen betrifft, hat man, von Thierexperimenten und davon gezogenen Analogien abgesehen, kaum versucht, dieses zu präcisiren, obgleich man wohl vermuthet hat, dass es in der Nähe der Hypoglossus- und Facialiscentra belegen ist. Die einzige Angabe, die ich in der Literatur gefunden habe, betreffs dessen Lage beim Menschen, rührt von Horsley her (American Journal of the medical sciences April 1887 pag. 359), der es in den untersten Theil des Gyrus centralis anterior verlegt; dies stimmt vollständig mit unserem Falle überein."

SCHMIEGELOW.

107) **E. Bull** (Christiania). **Doppelseitige Paralyse der Mm. cricoarytaenoidei postici. (Dobbilsidig Lamhed af Mm. cricoarytaenoidei postici.)** *Klinisk Aarbog. p. 74. 1887.*

Eine zusammengedrängte Uebersicht der Ursachen dieser Krankheit und der Auffassungen ihrer Natur bildet in Verbindung mit dem Referat eines selbst beobachteten Falles den Inhalt des Artikels. Der referirte Fall war folgender: Ein 27jähriger Mann wurde im Jahre 1886 syphilitisch inficirt. Im Sommer 1885 war er einige Wochen etwas heiser. Jm Juli 1886 fing er wieder an heiser zu werden. Bald steigerte sich die Heiserkeit zur Aphonie, das Athmen wurde erschwert und auf Distancee hörbar. Das Allgemeinbefinden blieb gut. — Die Stimme war bei der Aufnahme im Spital. 24. October 1886, heiser. Laryngoscopisch wurde gefunden, dass die Rima glottidis während der Inspiration eine beinahe geschlossene Spalte bildete, sonst nichts Bemerkenswerthes. Das Athmen war während des Schlafes so lärmend, dass es ausserhalb des Gebäudes gehört werden konnte. Nach mercuriellen Inunctionen (2 Grm. Morgens u. Abends) äusserlicher Electrisirung des Larynx und Pinselung des Pharynx mit Jodcarbolglycerin, wurde das Athmen weniger beschwert, die Stimmritze dehnte sich bis $^1/_3$ Ctm. aus. Am 8. December wurde Patient auf eigenen Wunsch entlassen. Dass die Syphilis in diesem Fallle eine ätiologische Rolle der Posticusparalyse spielte, glaubt der Verf., aber in welcher Weise, lässt er unentschieden.

SCHMIEGELOW.

108) **Percy Kidd** (London). **Doppelseitige Paralyse der Glottisöffner mit nachfolgender Parese der Schliessmuskeln. (Bilateral paralysis of the dilator muscles of the glottis with subsequent paresis of the constrictors.)** *Lancet. 16. u. 23. Juli 1887.*

Diese Arbeit liefert einen wichtigen Beitrag zur Erläuterung des Processes, welcher als „Abductorparalyse" allgemein bekannt ist, Zunächst giebt K. ein zwar knappes, aber sehr klares Resumé über die Geschichte dieser Frage, wobei die widersprechenden Ansichten von Krause und von Semon und Rosenbach sorgfältig erwogen und die Ansichten Fränkel's und der anderen, an dieser Controverse betheiligten Autoren gleichzeitig besprochen werden.

Hierauf beschreibt er einen Fall, der jüngst zu seiner Beobachtung kam, und der deshalb von Bedeutung ist, weil zu der Paralyse der Stimmbanderweiterer (welche beinahe zur Tracheotomie geführt hätte) in den letzten Lebenstagen des Patienten eine Paiese der Glottisverengerer hinzutrat.

Ein Zimmermann, 47 Jahre alt, welcher in der Klinik des Brompton Hospital behandelt wurde, klagte seit einem Jahre über Dysphagie und Athemnoth. In den letzten sechs Monaten war er abgemagert; seit drei Monaten ist er heiser und alle Symptome haben sich verschlimmert. Anamnestisch ist Syphilis nicht nachzuweisen. Pat. war sehr anämisch und cachectisch, der Athem übelriechend. Die Cervicaldrüsen waren geschwollen, desgleichen einige Drüsen der rechten Schulterhöhle. Ueber dem Manubrium sterni, und zwar ein wenig nach links, bestand eine leichte Dämpfung und Bronchialathmen. Laryngoscopisch war eine Paralyse der Erweiterer nachzuweisen: die Stimmbänder waren eher schlaff als gespannt; während der Inspiration divergirten sie nicht weiter als etwa $^1/_4$ cm. Die Diagnose lautete: Neubildung in den Cervical- und Mediastinaldrüsen (vielleicht secundär bei Oesophaguskrebs) mit Betheiligung der Recurrentes. — Nach seiner Aufnahme in's Krankenhaus hatte Pat. verschiedene so schwere Dyspnoëanfälle, dass K. ernstlich an die Tracheotomie dachte. Godlee untersuchte den Oesophagus und fand eine Stenose 22 cm von den Schneidezähnen entfernt. Nach einigen Tagen trat eine sichtbare Besserung der Athmung ein; die Stimme wurde jedoch gleichzeitig sehr schwach und falsettirend. Nunmehr konnten weder Flüssigkeiten noch feste Massen geschluckt werden und der Athem wurde übel riechender als je zuvor. Laryngoscopisch erwies sich die Glottis deutlich erweitert, bei Phonationsversuchen näherten sich die Stimmbänder in verlangsamter Weise. Die Annäherung konnte jedoch nicht erhalten bleiben, sondern die Stimmbänder kehrten schnell in die Cadaverstellung zurück: Es trat keine vollständige Adduction ein.

Kurze Zeit darauf wurde die Gastrostomie gemacht, Pat. starb jedoch am Morgen nach der Operation. Die Stimme bewahrte ihren falsettirenden Charakter bis zum Lebensende.

Bei der Section fand man grosse Massen von Neubildungen in dem Halsdreieck, welche eine knotige Kette bildeten, die sich in einen ähnlichen Tumor im Mediastinum posterior fortsetzte. Rechts war der Vagus nicht comprimirt, aber es fand sich gegenüber dem Ringknorpel eine grosse spindelförmige Schwellung des Stammes, ähnlich einer gangliösen Anschwellung. Der rechte N. recurrens war nicht betheiligt. Der linke Vagus war in eine carcinomatöse Masse eingebettet, in gleicher Höhe mit dem oberen Drittel des Schildknorpels. Der Nerv war abgeplattet, aber offenbar nicht infiltrirt. Unterhalb dieser Stelle war der Nerv dünner als der rechte. Der linke Recurrens schlang sich frei um den Aortenbogen, war jedoch längs der unteren Partie der Trachea in die Neubildung eingebettet. Der N. laryngeus superior war auf beiden Seiten frei, ebenso sein äusserer Zweig. Der Oesophagus und die Trachea waren stark infiltrirt und ulcerirt; der Larynx ganz frei. Die Erweiterer sahen ziemlich blass und dünn aus. Die Verengerer normal.

Der Tumor erwies sich als ein Epitheliom.

Die spindelförmige Schwellung des rechten Vagus rührte von der carcinomatösen Infiltration her. Nur wenige Nervenfasern waren wohlerhalten. Die Nervenelemente des Vagus unterhalb der Druckstelle waren, ebenso wie die beiden Recurrentes, einer körnigen Degeneration verfallen; einige waren jedoch gut erhalten. Im rechten Cricoarytaenoideus lateralis und in beiden Postici, besonders in den letzteren, waren Degenerationserscheinungen hinsichtlich der Muskelstructur vorhanden; der linke Lateralis war nicht untersucht worden.

K. bespricht sodann die Bedeutung dieses Falles für die Frage der Erweitererparalyse und zeigt, dass wir hier ein Beispiel haben, in welchem ein ständiger Druck einer Neubildung auf die Vagi lange Zeit hindurch nur eine Paralyse der Glottisöffner erzeugt, an welche sich erst vor dem Tode des Pat. eine partielle Paralyse der Glottisschliesser zugleich anschloss.

Er glaubt, dass Semon und Rosenbach die grössere Vulnerabilität der Nervenfasern der Erweiterer erwiesen haben; doch fehlt es noch an einer Erklärung hierfür. Er verwirft die mechanische Theorie, wonach die Postici durch ihre Insertionsweise den Schliessern gegenüber ungünstig gestellt sind.

Er beanstandet ebenso Krause's Experimente an Thieren mit einem electrischen Reiz und mittelst Druck eines Korks, weil er der Ansicht ist, dass sie nicht mit den beim Menschen stattfindenden Processen zu vergleichen sind.

A. E. GARROD.

109) **Gordon Holmes** (London). **Lähmung der Stimmbandöffner. (Paralysis of the abductors of the vocal bands.)** *Lancet. 22. u. 29. October 1887.*

In dieser systematischen Abhandlung über die Lähmung der Stimmbandöffner bespricht H., nach einem kurzen historischen Abriss, die Symptome dieser Krankheit und erwähnt, dass, obwohl die Stimme nicht ernstlich afficirt ist, dennoch die Rede des Patienten einen abgebrochenen Charakter hat, wie bei allen Formen von Dyspnoë.

Rücksichtlich des laryngoscopischen Aussehens bemerkt H., dass das einzige Zeichen eine Verengerung der Stimmritze im Querdurchmesser ist. Die stärkste Contraction derselben ist nicht eine einfache Folge der Lähmung der Erweiterer, sondern zum Theil durch die Action der widerstandsfreien Stimmbandschliesser bedingt, welche die Neigung haben, die Stimmbandränder gegen die Mittellinie zu bringen.

Als Entstehungsursachen führt H. Erkältung, acute Laryngitis, Druck von Tumoren auf den Vagus und die Recurrentes oder Gehirnkrankheiten an. Einige Fälle sind auf mechanische Verletzung der Muskeln während des Schluckens zurückzuführen.

H. liefert eine Tabelle über sechszig Fälle von doppelseitiger Lähmung der Abductoren, welche folgende Punkte ergiebt:

1. Obwohl diese Affection in jedem Alter vorkommt, so tritt sie doch selten in der Kindheit auf. 2. Männer werden häufiger als Frauen befallen (2:1). 3. Die Aetiologie ist oft dunkel; die Grenze zwischen den neuropathischen und myopathischen Fällen ist nicht leicht zu ziehen. 4. Der Tod durch wirklichen Verschluss der Stimmritze ist fast stets durch Tracheotomie zu verhüten.

Fälle von einseitiger Lähmung kommen wahrscheinlich viel häufiger vor als

doppelseitige; aber sie werden wohl regelmässig übersehen, da sie nur geringe Symptome machen. H. glaubt, dass sie oft mit Aneurysmen und Lungentuberculose combinirt sind. Daher sollte die Brust genau untersucht werden, sobald sich das geringste Zeichen von Abductorparalyse vorfindet.

H. theilt die Fälle in myo- und neuropathische ein und weist auf die Schwierigkeit hin, wegen des langen Laufs des Vagus die Nervenläsion zu localisiren. Er behauptet, dass der Accessorius spinalis alle Larynxmuskeln, einschliesslich des Cricothyreoideus, aber mit Ausnahme des Cricoarytaenoideus posticus, mit motorischen Fasern versorgt, während der Pneumogastricus vor seiner Vereinigung mit dem Accessorius die motorischen Fasern für den Cricoarytaenoideus posticus, und zwar nur für diesen allein enthält.

Er zweifelt daran, dass man die Abductoren wirklich als Extensoren ansehen kann. Ob man die Abductoren oder die Adductoren als Extensoren bezeichne, hänge ganz von der Anschauung des Einzelnen ab. Doch bezweifelt er keineswegs die Richtigkeit der Anschauung Semon's und Rosenbach's vom klinischen Standpunkt aus. Krause's Ansichten werden kurz besprochen. Alsdann bespricht er die Veränderungen, welche man bei den Nerven und Muskeln antrifft.

In den meisten Fällen ist für die einseitige oder doppelseitige Paralyse der Umstand entscheidend, ob die Tumoren oder Aneurysmen den Vagus oder Recurrens comprimiren. In einigen Fällen jedoch findet sich nur eine Degeneration der Abductoren als alleinige Läsion.

Die Prognose ist ungünstig, wenn die Paralyse nicht von einer frischen Erkältung herrührt. Ob eine Tracheotomie nothwendig ist, das hängt vom Zustand der Glottisschliesser ab. Denn wenn sie paralytisch oder paretisch sind, dann ist es unwahrscheinlich, dass die Stenose der Glottis den höchsten Grad erreicht. In den myopathischen Fällen wird die Tracheotomie fast stets nothwendig sein und soll nicht zu lange aufgeschoben werden. Die einseitige Paralyse ist von geringem klinischen Interesse.

Liegt die Ursache der Paralyse ausserhalb, so soll sie behandelt werden. Die Galvanisirung der Muskeln ist von Nutzen, sobald die Ursache beseitigt ist. In einfach entzündlichen Fällen sind Dämpfe anzuwenden. A. E. GARROD.

110) Robert Saundby (Birmingham). **Paralyse der Stimmbandöffner. (Paralysis of the abductors of the vocal bands.)** *Lancet. p. 898. 29. October 1887.*

S. weist darauf hin, dass Gordon Holmes in seiner Liste einen Fall fortgelassen hat, den er (S.) in der Birmingham Medical Review veröffentlicht hatte und berichtet ferner einen Fall von einseitiger Lähmung in Folge von Kropf bei einer Dame. Die Paralyse ist eine transitorische und erzeugt, sobald sie sich zeigt, nächtliche Dyspnoëparoxysmen.

Die unmittelbar veranlassende Ursache des Anfalls scheint Erkältung zu sein. A. E. GARROD.

111) Felix Semon (London). **Paralyse der Stimmbandöffner. (Paralysis of the vocal bands.)** *Lancet. p. 935. 5. November 1887.*

In einem Briefe an den Redacteur der Lancet erhebt S. Einwendungen

gegen Gordon Holmes' Darstellung der Larynxinnervation und bezeichnet die Ansicht, dass der Accessorius allein die Verengerer versorgt, als durchaus irrig. Er berichtet über Horsley's und sein eigenes Experiment, in dem neue Bestätigung der Experimente von Bischoff und Schech dadurch erzielt wurde, dass Prof. Horsley mit Erfolg den Bulbärzweig des linken Accessor. spinal. durchschnitt, den Spinalzweig aber, wie die Section zeigte, intact gelassen hatte. Das linke Stimmband war vom Augenblicke der Durchschneidung an absolut in Cadaverstellung fixirt.

Sodann giebt er eine Liste von nicht weniger als 37 detaillirt berichteten Fällen doppelseitiger Erweitererlähmung, welche Holmes in seiner Tabelle nicht aufführt und welche denjenigen, die über die Frage arbeiten wollen, die literarische Suche erleichtern wird. A. E. GARROD.

112) **Gordon Holmes** (London). **Paralyse der Stimmbandöffner. (Paralysis of the abductors of the vocal bands.)** *Lancet. 12. November 1887.*

In Erwiederung auf Semon's Notiz erklärt H., dass er nicht die Absicht gehabt habe, eine Tabelle aller veröffentlichten Fälle dieser Krankheit zu liefern. Einige seien ausgelassen wegen ungenügender Details. (Dies Argument trifft sicherlich nicht für die meisten der übersehenen Fälle zu. F. S.)

Er zieht es vor, bei seiner Ansicht bezüglich der Kehlkopfinnervation zu bleiben und citirt ein anderes Experiment von Bernard, welcher beide Nervi accessorii spinal. bei einer 5wöchentlichen Katze durchschnitt. Das Thier wurde stimmlos, war aber sonst nicht afficirt; zwei Tage später jedoch, als beide Recurrentes durchschnitten wurden, starb es sofort durch Verschluss der Stimmritze. Dies beweist, so meint er, dass der Vagus eine motorische Function hat, die nicht vom Accessorius herrührt. (Dem Verf. ist augenscheinlich die Schech'sche Kritik des Bernard'schen Experimentes nicht bekannt. F. S.) A. E. GARROD.

113) **Tissier. Beitrag zum Studium der Glottisstenosen bei Tuberculösen. (Contribution à l'étude des sténoses glottiqes chez les tuberculeux.)** *Annales des mal. de l'or. etc. Januar 1887.*

T. studirt zunächst die Glottisstenosen bei Tuberculösen, entstanden durch Annäherung der Stimmbänder an die Medianlinie und bespricht sodann die verschiedenen Ursachen, welche diese Adduction bewirken können.

Dieser Zustand kann eintreten: durch Paralyse der Erweiterer, sei es durch eine auf diese Muskeln beschränkte Atrophie (ein Factum, welches er niemals beobachtet hat), sei es durch Compression der Recurrentes von Seiten der Lymphdrüsen oder peripherische Neuritis. Er erscheint ihm schwer zulässig, dass durch Läsion des Recurrens die Erweiterer allein gelähmt werden sollen, da dieser Nerv auch sehr viele andere Muskeln innervirt.

Hierauf bespricht T. die Contractur der Verengerer, eine Theorie, die von Krause aufgestellt wurde; aber weshalb, fragt er, sollen die Erweiterer verschont werden?

Er erklärt die Thatsachen auf folgende Weise:

1. Der Recurrens wird durch peripherische Neuritis oder Compression seitens der Lymphdrüsen alterirt.

2. Der Recurrens ist jedoch kein einfacher Nerv, enthält vielmehr zwei Reihen von Fasern, nämlich vom Vagus und den Spinalnerven.

3. Die Empfindlichkeit des Vagus ist sehr gross. Da jedoch seine Fasern nur in geringer Menge im Recurrens enthalten sind, so wird ihre Erregbarkeit schneller erlöschen als die der Spinalfasern. Es ist daher nicht irrationell, anzunehmen, dass jene zuerst in Folge von Compression seitens der Lymphdrüsen oder durch peripherische Neuritis ergriffen werden und sich schnell erschöpfen; dass also, mit einem Wort, die Spinalfasern allein ihre Functionsfähigkeit bewahren.

4. Nunmehr herrscht die Wirksamkeit der letzteren vor und diese ist eine phonatorische: d. h. die Glottis wird geschlossen, die Stimmbänder nähern sich.

E. J. MOURE.

114) A. Legger Rowe (Hull). **Lähmung der Glottisöffner. (Paralysis of the abductors of the vocal cords.)** *Lancet. p. 959. 12. November 1887.*

Kurze Bemerkungen über zwei Fälle dieser Krankheit, die jüngst zu R.'s Kenntniss kamen.

Der erste Fall betraf einen Mann von 45 Jahren, bei dem keine Ursache für den Zustand gefunden werden konnte.

Der zweite Patient war eine Frau von 58 Jahren, die eine klare Anamnese über einen vor 20 Jahren stattgehabten Anfall von Laryngitis gab, auf welche kurz darauf Athembeschwerden folgten, welche bei Anstrengungen zunahmen. Es konnte keine Ursache für den Druck aufgefunden werden. A. E. GARROD.

115) D. Newman (Glasgow). **Einige Punkte rücksichtlich der diagnostischen Bedeutung und der therapeutischen Indicationen der Larynxsymptome in Folge von Compression der Nervi vagus et recurrentes durch ein Aneurysma. (Some points in relation to the diagnostic significance and therapeutic indications of laryngeal symptoms, resulting from pressure of aneurisms upon the vagus and recurrent laryngeal nerves.)** *Glasgow Medical Journal. September 1887.*

Diese Arbeit wurde der Glasgow Med.-Chir. Soc. am 18. März vorgelesen, und es scheint nur ein Resumé des Originals gegeben zu werden. Von besonderem Interesse für uns sind folgende Punkte: In den ersten Stadien scheinen Paroxysmen schwerer Dyspnoë leicht aufzutreten, während in dem späteren Stadium Paralyse verbunden mit unvollständigem Husten gewöhnlicher angetroffen wird. N. meint, dass die Dyspnoëparoxysmen geeignet sind, das Aneurysma zu verschlimmern. Deshalb empfiehlt er in den Fällen, wo dieses Symptom gleichzeitig mit Larynxstenose auftritt, die Tracheotomie.

Anderson, Gairdner, Macleod, Downie, Middleton und M'Intyre betheiligten sich an der Discussion.

Gairdner verwirft die Tracheotomie in Fällen von Aneurysma, legt jedoch grosses Gewicht auf den unvollständigen Husten als Drucksymptom. M'BRIDE.

116) Newman (Glasgow). **Aneurysma des Quertheils der Aorta. (Aneurism of the transverse portion of the aorta.)** *Glasgow Med. Journal. October 1887.*

Demonstration eines Präparates, in welchem das Laryngoscop die Diagnose unterstützt hatte. M'BRIDE.

f. Schilddrüse.

117) **P. Awtokratow** (Petersburg). **Ueber die Wirkung der Entfernung der Schilddrüse auf das Centralnervensystem bei Hunden. (O wlijanii wiresiwanija tschito widnoi schelesi u schiwatnich na zentralnuju nerwnuju systemu.)** *Wratsch. No. 45 u. 47. 1887.*

Hunde, an denen Verf. seine Versuche anstellte, vertragen die partielle Entfernung der Schilddrüse sehr gut; wird aber der übriggebliebene Theil oder gleich die ganze Schilddrüse entfernt. so erliegen die Hunde sehr bald den Folgen dieser Operation. Von 14 Hunden, denen die Totalexstirpation der Drüse gemacht wurde, starben 13 zwischen dem 9. und dem 16. Tage. Nur ein Hund war noch 4 Monate nach der Operation am Leben; war aber sehr apathisch und schläfrig geworden.

Verf. bemerkte bei seinen Hunden bald nach der Operation wellenförmige Zuckungen der Zunge und Zuckungen der Muskeln der Extremitäten und des Rumpfes. Mit dem Marey'schen Apparat konnte Verf. nachweisen, dass die Muskeln der Extremitäten und des Rumpfes während des Anfalls, sich im Zustande tonischer Krämpfe, unterbrochen von leichten Zuckungen, befanden. Das Körpergewicht nahm schnell ab, die Temperatur blieb normal. die Athmung wurde beschleunigt, der Puls frequent, 150—160 in der Minute und arythmisch. Die Hunde erholten sich auf Stunden oder selbst Tage, dann traten die Anfälle wieder auf. Der Tod trat meist nach solch einem Anfalle ein.

Die Erregbarkeit der Hirnrinde fand Verf. immer erhöht; electrische Ströme, welche vor der Operation keinen epileptiformen Anfall bei Reizung der Hirnrinde auszulösen vermochten, bewirkten nach der Operation starke epileptiforme Anfälle bei Reizung der entsprechenden Stelle der anderen Seite. Die galvanische Erregbarkeit der peripheren Nerven war stark erhöht.

Der Tod erfolgt entweder plötzlich nach einem Anfalle oder das Thier stirbt bei langsamer Steigerung aller Krankheitserscheinungen. In Fällen wo die Krämpfe deutlich ausgeprägt waren, ergab die Section starke Füllung der Duragefässe und deutliche Blutpunkte auf der Schnittfläche der Gehirnrinde. Weder die Milz noch die Hypophysis cerebri wurden vergrössert gefunden.

Verf. glaubt der Schilddrüse komme eine bestimmte Function zu, deren Ausfall eine ganze Reihe von nervösen Erscheinungen hervorruft, unter anderen auch Krämpfe, erhöhte electrische Erregbarkeit der Gehirnrinde und erhöhte galvanische Erregbarkeit der peripheren Nerven.

Auf die resp. Veränderungen des Centralnervensystems will Verf. in einer nächsten Arbeit zurückkommen. LUNIN.

118) **Sanquirico** und **Orecchia. Folgen der Exstirpation der Schilddrüse beim Lamm und beim Fuchs. (Conseguenze dell' estirpazione della glandola tiroide nell' agnello e nella volpe.)** *Bolletino della S. dei Cultori delle scienze mediche nella R. Accademia dei Fisiocratici di Siena. Fasc. VI. 1887.*

Das Lamm erträgt die Exstirpation, indem es nur wenige Tage Zeichen von Unwohlsein darbietet. Der Fuchs dagegen stirbt rasch unter den Symptomen des Tetanus. Ausser dem (Carnivoren) Fuchs sterben auch Katze und Hund

(Omnivoren). Dagegen ertragen die Operation ausser dem Lamm auch Kaninchen, Pferd, Ziege, Rind (Herbivoren).

Die Autoren fragen sich nun, ob diese Toleranz einfach von einer grösseren Widerstandsfähigkeit der Herbivoren, oder von einer prompteren vicariirenden Action anderer Organe oder ob sie von der verschiedenen Ernährung abhängt. Im letzteren Falle dürfte der Schilddrüse die Rolle zufallen, organische Producte zu neutralisiren, deren Resorption sonst das Blut zur regulären Ernährung, besonders des Nervensystems untauglich machen würde. Diese Producte wären bei den Carnivoren andere als bei den Herbivoren, so dass sie bei letzteren nach der Thyreodectomie leichter in anderer Weise vom Organismus neutralisirt würden.

KURZ.

119) **J. Reverdin** (Genève). **Beitrag zur Kenntniss des auf die gänzliche oder theilweise Entfernung der Schilddrüse folgenden Myxoedems. (Contribution à l'étude du myxoedème consecutif à l'extirpation totale ou partielle du corps thyroïde.)** *Communication faite au Congrès français de chirurgie. 18. X. 1886. — Revue médicale de la Suisse romande. No. 6 u. 7. 1887.*

R. leitet seine höchst interessante Arbeit mit einer kurzen historischen und klinischen Uebersicht über die Entwickelung und den gegenwärtigen Stand der Anschauungen betreffend die Folgekrankheit der Kropfexstirpation ein und theilt eine Reihe neuer von ihm operirter Fälle mit, welche gewisse Eigenthümlichkeiten zeigen, die ihm bisher nicht beobachtet zu sein scheinen und ihn auf neue Thatsachen geführt haben. Diese Fälle zerfallen in solche mit wirklicher oder vermeintlich totaler aus den Jahren 1880 und 1881 und in solche mit beabsichtigt nur partieller Entfernung der Schilddrüsen aus den Jahren 1883—85. R. hat sich nämlich schon im Herbst 1882 in dem citirten Blatt gegen die totale Kropfexstirpation erklärt.

Die drei Fälle, bei denen wirklich totale Exstirpation stattgefunden zu haben scheint, zeigten die Eigenthümlichkeit, dass der Verlauf des bald eingetretenen typischen Myxödems durch lange Remissionen unterbrochen wurde, während welcher nicht vollständiges Verschwinden, wohl aber sehr auffällige Verminderung der Symptome eintrat. Die zwei Fälle mit nur vermeintlich totaler und diejenigen mit absichtlich theilweiser Kropfexstirpation zeigten nicht etwa, wie man es nach den bisherigen Kenntnissen erwarten würde, ein gänzliches Wegbleiben des Myxödems, sondern die Patienten verfielen trotz deutlichen Wiederauftauchens kleiner Schilddrüsenschwellungen in einen wesentlich gleichen nur weniger ausgeprägten Zustand, den R. myxoedème fruste nennt. Zwei Fälle zeigten kurz nach der Operation die deutlichen Anfangszeichen der Krankheit, Müdigkeit, Blässe, Ungeschicklichkeit, Schwere und Kältegefühl der Hände und Gedächtnissschwäche. Der stärker befallene Patient hatte dazu noch Verdickung sämmtlicher Gliedmassen, trockene, schrundige Haut an den Händen, Ausfall und Grauwerden der Haare. Fünf bis sechs Jahre nach der Operation konnte Verf. bei Beiden bedeutende Besserung der Symptome fast ad integrum nachweisen, ja soweit, dass eine Patientin Fussmärsche von 7 Stunden leicht zurücklegte. Bei Beiden blieb aber ein Theil der Erscheinungen, namentlich Gedächt-

nissschwäche, Kältegefühl, bei dem einen Schwellung der Unterschenkel und Füsse bestehen.

Gewiss stürzen diese Fälle das Axiom, dass Myxödem nur auf totale Kropfexstirpation folge, um, und R. begründet mit denselben noch einmal den von ihm für die Krankheit gewählten Namen „Myxoedème operatoire", gegenüber demjenigen Kocher's „Cachexia strumipriva", indem obige Fälle zwar entschieden als Myxödeme aber nicht als Cachexien angesprochen werden können.

Vier Fälle mit halbseitiger Entfernung der Schilddrüse wiesen auch leichte myxödematöse Erscheinungen auf. Bei einem derselben machte R. ferner die wichtige Beobachtung, welche auch Andere erwähnen, dass nach Entfernung der einen Hälfte der Schilddrüse die andere atrophirte und er theilt hieran anschliessend die überraschende Erfahrung englischer und französischer Chirurgen mit, dass die Atrophie der Schilddrüse auch nach der Resection des Isthmus eintrat, welche mit Erfolg bei stenosirenden Strumen gemacht worden war.

Am Schlusse führt R. die Hauptergebnisse der zahlreichen Thyreoidectomien an Thieren an, u. a. diejenigen von Fuhr, welche die Resultate des Verf.'s am Menschen bezüglich des Myxoedème fruste analog seien.

Die sieben wichtigen Schlusssätze R.'s kann man aus dem Referat ableiten, besser aber in der lehrreichen Arbeit selbst nachlesen. JONQUIERE.

120) **C. T. Vachell** (Cardiff). **„Ausschälung" eines Cystenkropfs. (On a case of captic goitre treated by „shelling out".)** *Bristol Medico-Chirurgical Journal. December 1887.*

Eine 22jährige Frau hatte seit 9 Jahren eine Vergrösserung der Schilddrüse, die in letzter Zeit zuweilen Erstickungsgefühl hervorrief.

Der Tumor neigte sich nach links und hatte ungefähr die Grösse einer Orange. Er war schmerzlos, solide und ziemlich beweglich, fluctuirte deutlich und bewegte sich beim Schlucken. Als man die Explorationspunction machte, fand man, dass es eine einfache Cyste war, die Flüssigkeit von röthlicher Farbe enthielt.

Der Tumor wurde in der Narcose ohne Schwierigkeit „ausgeschält", nachdem man einen Hautschnitt von ca. 7 Ctm. Länge gemacht hatte.

Die Blutung aus den Gefässen war zwar reichlich, sie wurde jedoch leicht gestillt.

Der Tumor wog 345 Grm. und enthielt 165 Cctm. Blut. Er bestand aus einer einzigen Cyste, seine Wand ca. $^1/_2$ Ctm. dick. Patientin machte eine gute Genesung durch.

In seinen Bemerkungen verweist V. auf einen, schon früher von ihm in der Lancet vom 3. Juli 1886 veröffentlichten Fall und auf die Ansichten, welche über seine Operationsmethode geäussert wurden. A. E. GARROD.

121) **Obalinski** (Krakau). **Zur modernen Chirurgie des Kropfes.** *Wiener med. Presse. No. 30 u. 31. 1887.*

O. berichtet über einen Fall von Kropf, bei dem er zu gleicher Zeit alle 4 Thyreoidealarterien unterband. Heilung per primam trotz zweiwöchentlichen starken Fiebers, welches O. auf die Resorption von Producten einer regressiven

Metamorphose des Kropfes zurückführt. Bedeutende Verkleinerung des Kropfes und Aufhören der Athembeschwerden. In einem zweiten Falle schälte er 6 Kropfknoten aus und erzielte auch Aufhören der Athembeschwerden. In einem dritten erreichte er durch Unterbindung beider rechtsseitigen Schilddrüsenarterien eine Verkleinerung der rechtsseitigen Kropfgeschwulst um die Hälfte. O. zieht beide Methoden der Totalexstirpation und Resection vor, da sie ungefährlicher sind und keine Strumacachexie hervorrufen. CHIARI.

122) **F. Marsh** (Birmingham). **Resection eines Theils der Schilddrüse. (Resection of portion of thyroid.)** *Sitzung der Midland Medical Society Lancet. p. 1271. 24. December 1887.*

Bei einem Knaben von 15 Jahren wurde wegen Drucksymptome ein orangengrosses Stück der vergrösserten Schilddrüse gerade vor der Trachea entfernt. Die Symptome besserten sich unmittelbar darauf, und der Rest der Schilddrüse begann zu atrophiren, bevor der Patient das Krankenhaus (19 Tage nach der Operation) verliess. A. E. GARROD.

123) **N. Gratsch** (Gouvernement Jaroslaw). **Partielle Exstirpation der Struma (Tschastischnoe issetschenie soba.)** *Wratsch. 50, 51. 1887.*

Verf. entfernte einem 15jährigen, in der Entwickelung stark zurückgebliebenen Knaben ein Stück einer grossen Geschwulst, die von der Schilddrüse ausging und den Knaben beim Sprechen und Athmen hinderte. Das entfernte Stück wog 765,0, bestand aus hypertrophischem Drüsengewebe und zeigte mehrere mit einander communicirende Höhlen, die eine dunkle Flüssigkeit enthielten. Die Wunde heilte per secundam und die zurückgebliebenen Reste der Geschwulst atrophirten. LUNIN.

124) **J. S. Chavasse. Ueber Schilddrüsenexstirpation. Bemerkungen über diese Operation nebst Bericht über vier günstig verlaufene Fälle. (On thyroidectomy. Remarks on the operation with a report of four successful cases.)** *Annals of surgery. Juli 1887.*

Am besten ist die Incision in der Medianlinie; es ist ferner, nach Verf.'s Ansicht, besser, eine Partial- als eine Totalexstirpation zu machen. Die Tracheotomie sollte nicht gemacht werden, wenn sie zu vermeiden ist, denn sie macht die Anwendung der Antiseptica zwecklos, und die Aussicht auf einen günstigen Ausgang wird auf ein Minimum reducirt. Das Alter ist ein wichtiger Faktor. Nach 40 Jahren ist das Resultat zweifelhaft. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

125) **Frank Hartley. Thyreoidectomie. (Thyreoidectomy.)** *New-York Medical Journal. 16. Juli 1887.*

Verf. berichtet einen Fall, wo er die Schilddrüse exstirpirte, da sie geschwollen und entzündet war und beständige Athem- und Schlingbeschwerden verursachte. Der Grund, aus dem er operirte, war der, dass es die kürzeste und sicherste Heilung sei. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

126) **G. E. Twynam. Exstirpation der Schilddrüse. (Thyreoidectomy.)** *British Medical Journal. p. 887. 22. October 1887.*

Es werden keine Details angegeben. A. E. GARROD.

127) Henry Morris (London). **Zwei Fälle von Erkrankung der Schilddrüse. Einer durch Exstirpation, der andere mit Jodinjectionen behandelt. Heilung. (Two cases of disease of the thyroid. One treated by excision, the other by injection of iodine. Recovery.)** *Lancet. 24. September 1887.*

Der erste Fall betrifft ein 17jähriges Mädchen, welches eine starke Schwellung in der Schilddrüsengegend hatte. Sie klagte über schwere Dyspnoëanfälle, besonders des Nachts und über Schlingbeschwerden. Symptome von Basedow'scher Krankheit waren nicht vorhanden. Beide Mandeln waren etwas geschwollen. Der rechte Lappen der Schilddrüse war so gross wie eine Orange und reichte von dem Zungenbein bis zum Sternum; der linke war viel kleiner. Das Ganze bewegte sich mit der Trachea während des Schluckens. Die Schwellung war elastisch, ohne Fluctuation, und an der oberen Partie jedes Lappens konnte man die Pulsationen einer grossen Arterie sehen und fühlen. Der Tumor war seit 4 Jahren gewachsen, zuletzt sehr schnell. Mutter und Schwester der Patientin hatten in der Jugend an Schwellung der Schilddrüse gelitten, jedoch war sie wieder zurückgegangen. Da sich die Symptome einige Wochen später verschlimmerten, so beschloss man, die Schilddrüse zu exstirpiren, was in folgender Weise geschah. Nachdem die Patientin chloroformirt worden war, wurde in der Medianlinie des Halses eine Incision gemacht vom Schildknorpel bis nahezu an die Spitze des Sternums. Die die Drüse bedeckende Fascie wurde intakt gelassen. Die rechten oberen Schilddrüsengefässe wurden blossgelegt und nahe der Drüse unterbunden. Hierauf wurde die Fascie durchschnitten und die Drüse ausgeschält. Die Gefässe waren erweitert und es entstand eine starke venöse Blutung; diese wurde jedoch schnell gestillt, nachdem die ersten Gefässe unterbunden worden waren. Man trug Sorge, den Kehlkopf und die Trachea nicht zu zerren, und es entstand auch keine Dyspnoë während der Operation. Der Tumor erwies sich als ein hypertrophischer Kropf.

Die Heilung ging sehr schnell vor sich; Patientin verliess in 6 Wochen das Krankenhaus. Es sind jetzt 3 Jahre seit der Operation verflossen, und sie zeigt keine Neigung zu Myxoedem. — Die zweite Patientin war ein 17jähr. Mädchen mit einfacher Hypertrophie der Schilddrüse, welche Schluckbeschwerden verursachte. Sie hatte zweimal etwas Dyspnoë, schlimmer des Nachts. In diesem Falle wurden einen Tag um den andern 15 Tropfen Jodtinctur in verschiedene Stellen des Kropfes einen Monat hindurch injicirt. Das Resultat war eine Verkleinerung und Hartwerden des Tumors und eine Besserung im Geisteszustande der Patientin, welche vorher etwas eigenthümlich war.

In seinen Anmerkungen betont M., dass diese Fälle ein operatives Eingreifen erforderten, weil die Symptome trotz der Behandlung schnell zunahmen. In dem ersten Fall verlangte die vorhandene Lebensgefahr ein schnelles und wirksames Eingreifen, während im zweiten Zeit genug war für das weniger schwere Vorgehen mit Injectionen. Dass das Resultat auf die Injectionen zurückzuführen ist, geht aus der dadurch bewirkten schnellen Besserung hervor, ferner aus der Thatsache, dass diese Veränderungen von den Punktionsstellen ihren Ausgang nehmen.

A. E. GARROD.

128) **Köhler. Ueber 24 seit dem Jahre 1876 ausgeführte Kropfexstirpationen.** *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 26. Heft 1 u. 2. 1887.*

Von den 24 Kropfexstirpationen, welche auf der v. Bardeleben'schen Klinik ausgeführt wurden, waren 9 partiell, 15 total; von den letzten sind 5 gestorben, 1 Carcinom, 1 Sarcom, beide mit Metastasen, 2 mit starken Veränderungen an der Luftröhre, welche die Tracheotomie nöthig machten, nach Pneumonie und 1 Fall kurz nach der Operation. 10 Patienten mit Totalexstirpation konnten mit Ausnahme zweier 1—2 Jahre, einige 3—4 Jahre beobachtet werden, ohne dass Cachexia strumipriva oder Myxoedem auftrat. SCHECH.

g. Oesophagus.

129) **W. Ward** (Manchester). **Abnorme Lage des Oesophagus. (Abnormal position of the oesophagus.)** *Veterinarian. December 1887.*

Eine kurze Notiz über ein Pferd, bei welchem der Oesophagus rechts statt links lag. A. E. GARROD.

130) **Dauchez. Varicöses Geschwür des Oesophagus mit Blutbrechen im Verlauf einer fettigen (?) Cirrhose. (Ulcère variqueux de l'oesophage avec hématémèse dans le cours d'une cirrhose graisseuse.)** *Union méd. 3. Oct. 1887. — Compte rendu de la soc. méd. pratique de Paris. October.*

Der Titel zeigt an, um was es sich handelt. E. J. MOURE.

131) **Duläcska** (Budapest). **Ueber Haematemesis.** Excerpt aus *Gyògydszat. 1886. No. 45. — Pester méd. chir. Presse. No. 30. 1887.*

D. berichtet über 10 schwere Fälle von Blutbrechen. Einer davon war durch Platzen einer fingerdicken Vene in dem untersten Theile der Speiseröhre veranlasst, wie die Section ergab. Die anderen Fälle beziehen sich auf Magenblutungen. D. räth an: 1. völlige Enthaltung von Nahrung am ersten Tage; 2. völlige Ruhe; 3. Ergotin-Injectionen. CHIARI.

132) **A. G. Francis** (Cambridge). **Oesophagusdivertikel. (Oesophageal diverticula.)** Sitzung der Cambridge Medical Society. *Lancet. 24. December 1887.*

F. theilt diese Divertikel in drei Gruppen ein:

1. Angeborene, die als Analoga der ersten zwei Abtheilungen des Magens der Wiederkäuer angesehen wurden; oder als fötale Varietäten, analog dem Divertikel, aus welchem sich der Respirationsapparat entwickelt; oder als mangelhafte Schliessung der Pharynx- und Bronchialspalte. F. weist darauf hin, dass Beweise dafür fehlen, dass diese Divertikel gewöhnlich angeboren sind. 2. Druckdivertikel, bedingt durch Stenose des Kanals. 3. Zugdivertikel, welche gewöhnlich nahe der Bifurcation der Trachea vorkommen.

Es wird hierauf der verschiedene Modus der Entstehung dieser Divertikel besprochen. A. E. GARROD.

133) **Barton** (Dublin). **Oesophagotomie behufs Entfernung eines Fremdkörpers. (Oesophagotomy to remove a foreign body.)** *Dublin Journal of Med. Science. Juli 1887.*

B. verlas in der chirurgischen Section der Irish Academy of medicine eine

Abhandlung über diesen Gegenstand, und berichtete einen instructiven Fall, in welchem die Ernährung mittelst einer in die Wunde eingeführten Sonde bewirkt wurde.

Mc. BRIDE.

134) **William Groom** (Wisbeck). **Wanderung eines Fremdkörpers durch den Verdauungskanal. (Passage of foreign body through the alimentary tract.)** *Lancet. p. 996. 12. November 1887.*

Ein Kind von 2$^1/_2$ Jahren hatte einen Schilling verschluckt, welcher im Halse stecken blieb. Nachdem der Vater desselben sich vergeblich bemüht hatte, das Geldstück mit dem Finger herauszuholen, stiess er es nach unten.

Es vergingen 4 Monate, ohne dass der Schilling zum Vorschein kam; die Gesundheit des Kindes begann zu leiden, und es trat oft Erbrechen und Nasenbluten ein.

Schliesslich wurde der Schilling, stark entfärbt und angefressen, nach einer Mahlzeit ausgebrochen, und das Kind erlangte seine frühere Gesundheit wieder.

A. E. GARROD.

135) **Gardner** und **Coats** (Glasgow). **Perforation des Oesophagus und Eindringen einer Fischgräte in die Aorta. Tödtliche Blutung. (Perforation of the oesophagus and penetration of aorta by a fish bone. Fatal haemorrhage.)** *Glasgow Medical Journal. Juli 1887.*

In der Pathological and Clinical Society of Glasgow wurde das Präparat gezeigt. Es bestand an beiden Seiten des Oesophagus eine Oeffnung, welche das charakteristische Aussehen eines reinen Schnitts hatte. Diejenige der rechten Seite communicirte mit einer grossen Höhle, die abwärts zur Lungenwurzel führte, während die der linken Seite sich in eine Höhle öffnete, die zwischen Oesophagus und Aorta lag und Blut, sowie bröcklige zerfallene Massen enthielt. In der Aorta selbst bestand eine unregelmässige rissige Oeffnung von $^3/_8$ Zoll Länge und $^1/_4$ Zoll in der Breite. Magen und Därme enthielten grosse Quantitäten Blut. Die Geschichte des Falles wies auf eine Schellfischgräte hin, welche der Patient in betrunkenem Zustande acht Tage vor seiner Aufnahme in's Krankenhaus verschluckt hatte und welche die Ursache der Verletzungen war. Die Gräte konnte jedoch bei der Section nicht gefunden werden. Als Pat. aufgenommen wurde, klagte er über Schmerzen in der Sternalgegend und im Epigastrium; er starb plötzlich, nachdem er etwas Blut erbrochen hatte. Vorher hatte er verschiedene Ohnmachtsanfälle.

Dr. Gardner machte im Anschluss an den Fall einige Bemerkungen von grossem Interesse, welche jedoch im Orginal gelesen werden sollten. M'BRIDE.

136) **G. W. Eglington** (Dalton-Furness). **Verschlucken künstlicher Zähne. (Swallowing artificial teeth.)** *Lancet. p. 946. 5. November 1887.*

Ein Fall, in welchem künstliche Zähne verschluckt und ausgebrochen wurden, eingebettet in Feigen, welche man der Patientin, nach Darreichung eines Emeticums aus Ipecacuanha und Zinc. sulfur., zu essen gegeben hatte. A. E. GARROD.

137) **E. E. King. Fremdkörper im Oesophagus. Entfernung desselben. (Foreign body in the oesophagus. Removal.)** *Canadian Practitioner. August 1887.*

Bericht über einen Fall, der wegen der bedeutenden Grösse des Fremdkörpers bemerkenswerth ist und welcher ferner zeigt, welche Dienste das Laryn-

goscop in solchen Fällen leistet. Der Körper war eine mit Fleisch versehene Knochenmasse, 4,5 cm lang, ca. 1,5 cm breit und $^3/_4$ cm dick. Er konnte nicht gefühlt werden, zeigte sich jedoch im laryngoscopischen Spiegel als ein kleiner dunkler Fleck gerade hinter dem Ringknorpel und wurde mit einer Zange entfernt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

138) Henry E. **Bridgman** (Burton on Trent). **Festsetzung einer Zahnplatte im Schlund während 15 Monate. (Lodgment of a tooth-plate in the gullet for fifteen months.)** *Lancet. 24. September 1887.*

Ein 28jähriger Mann verschluckte seine Zahnplatte, an welcher vier Zähne befestigt waren, im Schlaf. Als er erwachte, fühlte er, dass die Platte in den Hals hinabglitt und als er zu B. kam, fühlte man sie auf der Höhe seines Schlundes. Er war nervös, hatte deutliche Dyspnoe und Dysphagie, würgte oft und warf blutig gestreiften Speichel aus.

Ein Körper, der für die Platte gehalten wurde, ward mit der Halszange gefasst. Als jedoch ein Versuch gemacht wurde, ihn herauszuziehen, nahm die Dyspnoe zu und Patient würgte so, dass die Zange abglitt. Es wurden verschiedene vergebliche Versuche gemacht, die Platte wieder zu fassen. Alsdann wurden Sonden in den Magen geführt, ohne auf Widerstand zu stossen. In einigen Tagen schwand die dauernde Athemnoth und Dysphagie. Er hatte indessen noch immer Anfälle von Dyspnoe und ein schwerer Husten beförderte zuweilen zähen, blutig gestreiften Schleim zu Tage. — Fünfzehn Monate nach dem Unfall fühlte er die Zahnplatte hinten im Hals nach einem heftigen Anfall von Würgen, und er beförderte sie glücklich mit dem Daumennagel nach aussen. A. E. GARROD.

139) **Strom** (Christiania). **Corpus alienum oesophagi; Oesophagotomia externa. Heilung. (Corpus alienum oesophagi; Oesophagotomia externa. Helbredelse.)** *Norsk Magasin for Laegevidenskaben. p. 889. December 1887.*

Es handelte sich um einen Stein, der von einem 28jährigen Melancholiker verschluckt war, und sich im Oesophagus 23 Ctm. von der Zahnreihe entfernt festgekeilt hatte. Nach vergeblichen Versuchen, den Stein mittels einer Steinzange zu ergreifen, wurde 23 Stunden nach der Catastrophe die Oesophagotomia externa nach dem Verfahren von Begin auf der linken Seite des Halses in Narcose gemacht, und der Stein extrahirt. Die Dimensionen des Steines waren folgende: Länge 5,1 Ctm., Breite und Dicke resp. 2,7 und 2,8 Ctm., Umfang 8,7 Ctm., Gewicht 50 Grm.

In derselben Arbeit wird auch ein Fall von Extraction eines Zahngebisses per os, das ein Mann im Schlafe verschluckt hatte und das 22,5 Ctm. von der Zahnreihe fesstsass, mitgetheilt. SCHMIEGELOW.

II. Briefkasten.

Personalia.

Dr. Moritz Schmidt (Frankfurt) hat den Titel eines Königl. Preussischen Sanitätsraths erhalten.

Dr. Solomon Solis Cohen (Philadelphia) ist zum Professor der klinischen Medicin und applicirten Therapie in der Poliklinik von Philadelphia und zum Vortragenden über specielle Therapie am Jefferson Medical College ernannt worden.

Zur Sammelforschung.

Die Sammelforschung hat sich der allgemeinsten Theilnahme zu erfreuen gehabt. Fast alle bekannten Laryngologen haben uns die Resultate ihrer Erfahrungen zur Verfügung gestellt; am heutigen Tage (20. März) befinden sich Berichte über 4300 Operationsfälle in unseren Händen und mit den noch ausstehenden, fest zugesagten Berichten wird die Gesammtzahl der Fälle in minimo 5000 Fälle, wahrscheinlich aber bedeutend mehr betragen. Selbstverständlich wird die Sichtung und Bearbeitung dieses grossen Materials längere Zeit in Anspruch nehmen, zumal da die Forschung, um brauchbare Resultate zu liefern, sich nicht auf eine blosse Zusammenstellung der eingesandten — verschwindend wenigen — Fälle anscheinender Metamorphose wird beschränken dürfen, sondern deren eingehende Analyse erfordert. Wir hoffen, in der Julinummer das Gesammtergebniss unseren Lesern vorlegen zu können.

„Die Nase die Quelle aller unserer Leiden."

Unter dieser Ueberschrift bringt der New-York Med. Record vom 21. Januar 1888 eine ironische redactionelle Notiz, in der im Anschluss an einen kurzen Bericht über die neu entdeckte „Aprosexie" Folgendes gesagt wird:

„Dies ist, so viel wir wissen, die neueste Anklage, welche gegen die sündenreiche Nase erhoben wird. Kopfschmerzen, Husten, Dyspnoë, Ohrenschmerzen, Neuralgie, Heufieber, Acne, Convulsionen und Syncope sind nur einige wenige von den vielen Uebeln, welche dies lästige Organ über die langduldende Menschheit gebracht haben soll, und es ist alle Aussicht vorhanden, dass es selbst die Ovarien als Centrum für pathologische Reflexe aus dem Felde schlagen wird .... Was auch immer ihre Methoden sein mögen, die Nase ist augenscheinlich verantwortlich für viele, wenn nicht für die meisten unserer Leiden. Offenbar: die Nase muss abgeschafft werden!" — — —

Ob die Ironie des Redacteurs wohl ganz unberechtigt ist? — — —

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang IV. Berlin, Mai. 1888. No. 11.

Rafael Ariza †.

Das Jahr 1887, das in der deutschen Laryngologie durch den Tod Hack's eine traurige Erinnerung hinterlässt, hat auch in die Annalen der spanischen Wissenschaft einen Unglückstag eingetragen, den des Hinscheidens Rafael Ariza's. Ein überlegener Verstand, ein fester Charakter, ein unabhängiger Sinn, eine lebhafte Einbildungskraft, eine glühende Begeisterung für die Wissenschaft, unermüdliche Liebe zum Studium und der sehnliche Wunsch, den reichen Schatz der erworbenen Kenntnisse zum Gemeingute Aller werden zu lassen, das waren die hervorragendsten Züge der geistigen Silhouette Ariza's. Nach einer 25jährigen glänzenden Laufbahn, in der er sich zugleich als Arzt und als zur Hegelschen Schule sich bekennender Philosoph ausgezeichnet hatte, führte ihn sein Wissensdrang nach Deutschland, wo er sich mit dem, seinem südlichen Charakter eigenen leidenschaftlichen Ungestüm auf das Studium der Laryngologie und Otologie warf. Nach Spanien zurückgekehrt, beschloss er, der Ausübung dieser zwei Specialfächer seine ganze Thätigkeit zu widmen. Gleichzeitig brachte Ariza eine vollständige Aenderung in seinem häuslichen, sowie in seinem Berufsleben zu Stande; bis dahin unverheirathet, verehelichte er sich nun mit einer gebildeten, seiner durch ihre Charaktereigenschaften und geistige Begabung würdigen Dame; früher mit der allgemeinen ärztlichen Praxis beschäftigt, concentrirte er nun seine ganze Aufmerksamkeit auf das Studium der Laryngologie und Otologie, und seinen Wohnsitz in Sevilla aufgebend, siedelte er nach Madrid über, das ihm für seine neuen Bestrebungen einen ausgiebigeren Wirkungskreis darbot. Von da an hörte er nicht auf, die Literatur seiner beiden Lieblingsfächer mit seinen Arbeiten zu bereichern, und nicht damit zufrieden, zu studiren und zu schreiben, widmete er seine meiste Zeit dem Lehren, wozu er im Prinzessinhospital eine eigene Klinik schuf. Da er glaubte, dass es noch nicht genügte, der Erste gewesen zu sein, der in Spanien die so nützliche Erfindung Czermak's bekannt gemacht, wollte er auch ihr eifrigster Verbreiter sein, und so richtete er denn auf den Unterricht

und die Praxis der Laryngologie alle seine persönliche Energie zu einer Zeit, in welcher ihm bei seinem Alter und Gesundheitszustande das ruhige Leben am häuslichen Herde zuträglicher gewesen wäre, als die beständigen Aufregungen im Hospital und in der Klinik. Die spanische Laryngologie hat auf der ersten Seite ihrer Geschichte den erlauchten Namen Rafael Ariza's zu verzeichnen, und die heutigen spanischen Laryngologen haben ein nachahmenswerthes Beispiel an diesem gelehrten Collegen, von dessen mündlichem und schriftlichem Unterrichte Alle fruchtbringenden Nutzen haben ziehen können.

Die hauptsächlichsten laryngologischen Arbeiten Ariza's sind folgende:

Vorlesungen über laryngoscopische Technik,
Ueber gastrischen Laryngismus,
Die Kehlkopfsschwindsucht und der Kehlkopfsspiegel,
Tuberculöser zweitheiliger Unterkehldeckelpolyp,
Ueber Kehlkopflähmungen,
Grundlagen für die Diagnose des Kehlkopfkrebses,
Ueber idiopathische Kehlkopfsschwindsucht und deren objective Erkennungszeichen im Kehlkopfspiegel,
Einfluss der Coryza chronica und der Angina granulosa auf die Singstimme,
Die Lähmung der Mm. crico-arytaen. post. als diagnostisches Zeichen sehr schwerer extralaryngealer Erkrankung,
Die gutartige hypertrophische Kehlkopfsentzündung,
Autophonie,
Ueber vereitelte Kehlkopfslähmungen,
Mykose und Tuberculose des Kehlkopfes,
Teleangiectatisches Kehlkopfspapillom von bedeutender Grösse. Entfernung; Heilung.
Syphilitische Kehlkopfsentzündung u. a. m.

Góngora. Sentiñon.

I. Referate.

a. Therapeutisches.

1) **Clinton Wagner. Ein Vergleich zwischen Colorado Springs und Davos-Platz als Winterkurorte. (Colorado springs and Davos-platz, as winter health resorts, compared.)** *New-York Medical Record. 29. October 1887.*

Wagner erklärt: „Obwohl die Autoren gewöhnlich lehren, und die in hochgelegenen Kurorten wohnenden Aerzte es bestätigen, dass die Kehlkopfschwindsucht durch den reizenden Charakter der Luft und den Wechsel des Klimas verschlimmert wird, und dass solche Fälle deshalb ein warmes und gleichmässiges Klima aufsuchen sollen, so glaube ich dennoch, dass Personen mit Larynxphthise ruhig in den hochgelegenen Kurorten bleiben sollen, vorausgesetzt, dass bereits eine Besserung in dem Zustand der Lunge und dem Allgemeinbefinden eingetreten ist.

Bei gewissen anderen Affectionen der oberen Luftwege, wie z. B. beim Nasen- und Nasenrachencatarrh, halte ich den Aufenthalt in hochgelegenen Orten nicht für vortheilhaft. In Colorado Springs, wo die Luft kalt, trocken und dünn, und wo zuweilen viel Wind und Staub ist, fand ich diese Affectionen recht zahlreich vertreten.

In Davos-Platz, wo derselbe atmosphärische Zustand herrscht, aber ohne Wind und Staub, waren diese Affectionen ebenso vorherrschend; und in den Kurorten der Riviera, welche ich besuchte und wo ich eine warme, gleichmässige und feuchte Luft vorfand, begegnete ich ebenso vielen Fällen dieser Art. Ich bin der Ansicht, dass diese Krankheiten ebenso wie viele andere, welche das menschliche Geschlecht befallen, überall auftreten, und dass der Patient sich besser auf die Heilmittel der Aerzte, als auf die klimatischen Einflüsse verlässt."

LEFFERTS.

2) **M. A. Boyd. Einige Bemerkungen über die Mineralquellen der Auvergne. (Some notes on the mineral springs of Auvergne.)** *Dublin Journal of the Med. Sciences. October 1887.*

Boyd verweist auf die wohlbekannten Eigenschaften von La-Bourboule, Mont Dore und der muriatischen Quellen von Chatel Guyon. Er tadelt es, dass phthisische Patienten in Mont Dore dieselben Zimmer zur Dampfinhalation benutzen dürfen, wie diejenigen, welche an anderen Respirationskrankheiten leiden. Er betont mit Recht, dass die warme, feuchte Atmosphäre wahrscheinlich die infectiöse Kraft der Bacillen zu steigern geeignet ist.

M'BRIDE.

3) **W. Thomson** (Dublin). **Ein Feiertag in Mont-Dore. (A holiday in Mont-Dore.)** *The Dublin Journal of Med. Sciences. October 1887.*

Nichts von Bedeutung. U. a. ein beiläufiger Hinweis auf die Wirkungen des Wassers auf die Respirationskrankheiten.

M'BRIDE.

4) **Friedrich. Ueber Seeluftkuren bei Asthma und in den Anfängen der Phthise.** *Jahresb. d. Gesellsch. f. Natur- u. Heilkunde zu Dresden. 1886—1887.*

Asthmatiker verlieren nicht selten ihre Anfälle völlig während einer Seeluftkur, mag sie im Winter oder Sommer gebraucht werden. Nach Beendigung der Kur dürfen sie aber nicht sogleich in ihren Wohnort zurückkehren, sondern müssen Zwischenstationen machen, so z. B. in Altona, Hamburg oder Braunschweig.

In der Debatte erwähnte Beschorner mehrere günstige Fälle; Kruse meint, bei Behandlung des Asthma in Seekurorten erlebe man einige glänzende, viele gute, aber auch viele negative Erfolge. SCHECH.

5) **Sigmund Freud** (Wien). **Bemerkungen über Cocaïnsucht und Cocaïnfurcht.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 28. 1887.*

F. erwähnt, dass die üblen Wirkungen des Cocaïns bei Morphinisten nur auf dessen Missbrauch in grossen Dosen beruhen; vorsichtige Anwendung erziele gute Resultate auch bei Morphinisten und gestatte die Ausbildung der eigentlichen Cocaïnsucht nicht. Immerhin aber müsse man bei Morphinisten, als reizbedürftigen und willensschwachen Menschen, vorsichtig sein. Nicht-Morphinisten vertragen das Cocaïn lange Zeit ohne Nachtheile und gewöhnen sich auch nicht daran.

Die so selten auftretenden acuten Intoxicationen führt Freud auf Idiosyncrasie zurück; ja selbst die nicht toxischen Wirkungen sind verschieden, je nach der individuell verschiedenen Erregbarkeit der Nerven, besonders der Gefässnerven. Besonders stark treten die toxischen Wirkungen nach subcutaner Anwendung des Mittels auf, weswegen auch Freud lieber die interne Anwendung anräth.

Freud verweist auch vielfach auf Dr. Hammond's Angaben, der glaubt, dass es nur bei Morphinisten zur Cocaïnsucht kommen könne, d. h. dass nur diese das Cocaïn nicht mehr entbehren könnten. Andere können es auch nach längerem Gebrauche leicht wieder entbehren. In Bezug auf Details siehe das Original. CHIARI.

6) **Ottava** (Pest). **Ueber die schädliche Wirkung des Cocaïn.** Excerpt aus *Szemészet. No. 3. 1887. — Pester med. chir. Presse. No. 29. 1887.*

Bezieht sich auf Cocaïnanwendung für Augenoperationen. CHIARI.

7) **Leopold Badt. Ueber Jodol.** Dissertation. Würzburg. Becker. 1887.

Nach Aufzählung der bisher mit dem Jodol gemachten Erfahrungen wendet sich B. hauptsächlich zu den Ausscheidungsverhältnissen des Jods nach dem Gebrauche des Jodol. Bei Application auf die Schleimhäute der Nase und des Larynx liess sich Jodreaction im Harne, jedoch nicht regelmässig nach jeder Insufflation, nachweisen. Auf frische Wunden gebracht oder auf granulirende Wunden, sowie nach innerlichem Gebrauche zeigte sich gleichfalls bald eine schwächere, bald eine stärkere Jodreaction. Kleinere Mengen genügen nicht, um Jodol präcise im Urin zu finden. Das selbst in grossen Massen vom Organismus aufgenommene Jodol erzeugt weder örtliche Reizbarkeit, noch allgemeine Intoxication.

SCHECH.

8) **J. Prior** (Bonn). **Das Jodol und sein therapeutischer Werth bei tuberculösen und andersartigen Erkrankungen des Kehlkopfes und der Nase.** *Münchener med. Wochenschrift. No. 38. 1887.*

Nach einigen einleitenden Bemerkungen über die Möglichkeit der Heilung der Larynxtuberculose, sowie über die Wirkung der Milchsäure und des Jodoforms, weist Verf. an der Hand mehrerer Krankengeschichten nach, dass das Jodol den Geschwürsgrund von anhaftenden Secreten und Gewebsfetzen reinige, die Bildung gesunder Granulationen anrege; ebenso günstig erweist sich dasselbe bei chronischen Erkrankungen des Kehlkopfes und der Nasenrachenhöhle, die Verdickungen und ab und zu Geschwürsformen im Gefolge haben; ferner bei luetischen Schleimhautulcerationen. Ein absolut souveränes Mittel gegen Tuberculose ist freilich Jodol nicht, doch tritt meist Besserung der subjectiven Beschwerden ein. Ein grosser Vorzug desselben ist seine Ungefährlichkeit, Geruchlosigkeit und Schmerzlosigkeit.

SCHECH.

9) **J. Herbert Claiborne**, jr. **Gleditschine [Stenocarpin], ein neues locales Anaestheticum. (Gleditschine [Stenocarpine] the new local anaesthetic.)** *New-York Med. Record. 1. October 1887.*

Cl. äussert sich folgendermassen: „An einem schweren, acuten Anfall von Schnupfen leidend, pinselte ich mit einer mit Watte umhüllten Sonde die ganze Innenfläche meiner Nase mit der Lösung. Nach zehn Minuten war die Athmung vollkommen frei und jede Sensibilität beim Berühren war in der Nase geschwunden. Das ganze Organ fühlte sich wie todt an, nicht unähnlich der Empfindung beim Erfrieren. Dieser Zustand hielt sich, allmälig schwächer werdend, drei Stunden lang. Der Schnupfen war vollständig geschwunden, kehrte jedoch nach sechs Stunden in leichtem Grade wieder. Eine neue Pinselung vor der Wiederkehr beseitigte ihn gänzlich.

Ich habe oft das Cocaïn in stärkeren Lösungen in derselben Weise angewandt und kann mit Bestimmtheit erklären, dass die anästhetische Wirkung des Gleditschine eine tiefer gehende und andauerndere ist, als die des Cocaïns."

LEFFERTS.

10) **Bayland** (Halstead). **Terpinahydrat zur Behandlung von Catarrhen und Bronchitis. Terpenthin. (Hydrate of terpina in the treatment of catarrhs and bronchitis. Terebene.)** *New-York Med. Record. 24. Sept. 1887.*

Der Autor lenkt in einem kurzen Artikel die Aufmerksamkeit auf ein Alkaloid des Terpenthins, nämlich das Terpinahydrat, welches sich in jüngster Zeit sehr wirksam gegen Erkältungen, Catarrhe, Bronchitis und verwandte Krankheiten erwies.

Er gebraucht folgende Formel:

℞ Hydrate of terpina 1,5
Glycerin C. P. q. s. ut f. solutio
Syr. lactucar. ad 30,0
MDS. Dreistündlich einen Theelöffel voll.

Fälle von Nasen- und Rachen-Kehlkopfcatarrh in Folge von Erkältung wurden erfolgreich mit Terpinahydrat nach obiger Formel behandelt. Terpenthin

wird in Gaben von 0,12—0,6 auf ein Stück Zucker oder in Lösung gegeben. Es wurde ebenso, wie das Terpinahydrat, bis jetzt allein bei Krankheiten der Respirationsorgane verordnet. LEFFERTS.

11) **D. M. Cammann. Tereben gegen Dyspnoë. (Terebene for the relief of dyspnoea.)** *Therapeutic Gazette. November 1887.*

Tereben bringt fast regelmässig in wenigen Tagen eine Abnahme der bronchialen Secretion zu Wege. Das Symptom, gegen welches es am meisten wirksam zu sein scheint, ist Dyspnoë, und dies ist theilweise die Folge seiner stimulirenden Wirkung auf das Herz, theilweise seiner adstringirenden Eigenschaften, wodurch eine Abnahme der Secretion der Bronchien erzielt wird. Endlich wirkt das Mittel durch Beseitigung der Flatulenz, woran so viele Patienten mit Emphysem und anderen Lungenerkrankungen leiden. C. fand das Tereben in solchen Fällen sehr nützlich, und zwar zu 5—15 Tropfen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

12) **Solomon Solis Cohen. Verbesserungen an den Apparaten zur Einathmung comprimirter Luft. (Improvements in apparatus for inhalation of compressed air.)** *New-York Med. Journal. 24. December 1887.*

Der Leser muss auf die Originalbeschreibung der Apparate verwiesen werden (N. Y. Medical Journal, 18. Oct. 1884), um eine deutliche Vorstellung von den, vom Autor kurz beschriebenen beiden Verbesserungen zu erhalten.

LEFFERTS.

13) **J. M. Bleyer. Wasserstoffsuperoxyd. Seine Anwendung als Ozondampf zur Behandlung der Diphtherie und bei Krankheiten des Pharynx, des Nasenrachenraumes, des Larynx, der Nase, bei Lungen- und Bronchialaffectionen. Ein neuer Apparat zur Erzeugung und Inhalation der Ozondämpfe. (Dioxide of hydrogen. Its administration in the form of ozonized vapor in the treatment of diphtheria and diseases of the pharynx, nasopharynx, larynx, nose, pulmonary and bronchial affections. A new apparatus for the production and inhalation of ozonized vapor.)** *New-York Med. Record. 13. August 1887.*

Das Wasserstoffsuperoxyd ist eine Lösung des Anhydrid des Wasserstoffbioxyd in destillirtem Wasser. Es ist eins der wirksamsten antiseptischen und desinficirenden Mittel, welche bisher entdeckt worden sind. Die reine Substanz ist 100 pCt. stark und entspricht 475 Volumen Gas. Es ist also eine 1 procent. Lösung gleich einer 4,75 volumigen Lösung; und 15 Volumen Lösung enthalten ca. 3,3 pCt. des Anhydrids des Wasserstoffbioxyds.

Es kann als Spray und Gargarisma gebraucht werden: 2 Unzen 15 volumiges Peroxyd auf 14 Unzen Wasser; local 3—10 Unzen : 13—16 Unzen Wasser, und zur Inhalation die 15 volumige Lösung unverdünnt. Zur Anwendung der Ozondämpfe nimmt man 2 Unzen der 15 volumigen Lösung und fügt 1 Unze chemisch reinen Glycerins hinzu. Innerlich giebt man 1—3 Theile der 15 volum. Lösung drei Mal des Tages nach dem Essen. Für Kinder, bei Diphtherie, ohne Rücksicht auf das Alter, können 200 Theile einer 10 volum. Lösung mit 3 Theilen reinen Glycerins gemischt und stündlich oder zweistündlich theelöffelweise gegeben werden. Zweifellos bietet dieses Mittel für die Inhalation ein grosses Feld dar. Ozondämpfe werden aus Wasserstoffsuperoxyd durch mechanisches Schütteln

erzeugt, welches eine Zersetzung desselben bewirkt. Der Ozonerzeuger ist ganz aus Glas gemacht. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

14) W. T. Chappell. **Submucöse Injectionen bei chronischen Hals- und Nasenkrankheiten. (Submucous injections in chronic throat and nasal diseases.)** *New-York Med. Record. 22. October 1887.*

Ch. glaubt, dass wir in den submucösen Injectionen ein wichtiges Hilfsmittel zur Heilung haben, besonders beim Nasenrachencatarrh und bei der folliculären Pharyngitis.

Eine gekrümmte, spitze Nadel dient für den Hals und passt auf die meisten hypodermatischen Spritzen. Er wählt bei jeder Sitzung drei oder vier der grössten Gruppen von Gefässen in der Schleimhaut aus, besonders in der hinteren Pharynxwand, den vorderen Gaumenbögen und der Uvula. In den Hauptstamm jeder Gruppe führt er die Nadel ein und injioirt einen Tropfen einer Lösung von gleichen Theilen Carbol und Glycerin. Es zeigt sich unmittelbar darauf ein weissliches Aussehen an der Injectionsstelle, und in drei oder vier Tagen wird die ganze Gruppe weniger deutlich und verschwindet zuweilen. Diese Methode vermindert den Gefässreichthum, die Secretion und den hypertrophischen Zustand der Schleimhaut und stellt einen blasseren und natürlicheren Zustand her.

Bei der folliculären Pharyngitis wird jeder hypertrophische Follikel mit der Nadel aufgestochen und ein Tropfen der Carbollösung injicirt. Es erfolgt darauf eine Abnahme der hypertrophischen Zustände ohne jede Narbe oder wahrnehmbare Veränderung in der Schleimhaut. Wenn man die Injection macht, so ist ein gewisser Kunstgriff nöthig, um den Tropfen in der Schleimhaut zu erhalten, ohne dass er beim Herausziehen der Nadel ausfliesst. Um dies zu bewirken, muss man von oben nach unten injiciren. Cocaïn ist selten nothwendig.

Die gerade Nadel ist für submucöse Injectionen der Nasenhypertrophieen und gab wirksamere und andauerndere Resultate als andere Methoden.

Ch. hat mit verschiedenen Säuren experimentirt, aber gegenwärtig hat er die besten Resultate von einer gesättigten Lösung der Monochloressigsäure.

LEFFERTS.

15) W. Sinclair Thompson (London). **Ueber Inhalation und den Mangel an Genauigkeit bei Anwendung derselben. (On inhalation and the lack of precision in using it.)** *Lancet. 16. Juli 1887.*

T. zeigt, wie der Werth der gashaltigen Schwefelmineralwässer bedeutend dadurch geschmälert wird, dass der Gehalt derselben in einer gegebenen Zeit unsicher ist. In Folge dieser Verschiedenheiten können zu viele solcher Bestandtheile, welche in grossen Mengen nachtheilig sind, eingeathmet werden. Dies ist besonders mit dem Schwefelwasserstoff der Fall.

Um diesem Mangel abzuhelfen, hat Dr. Isoard J. Allevard einen Schwefelmesser angegeben, welcher aus einer graduirten Reihe von Farben besteht, entsprechend denjenigen, welche einem Bleipapier durch die Wirkung des Schwefelwasserstoffs mitgetheilt wurden. Jeder Patient, welcher das Inhalationszimmer betritt, wird mit einer solchen Scala und einem Stück Bleipapier versehen.

Der Patient bleibt in dem Zimmer so lange, bis das Reagenspapier der-

jenigen Farbe der Scala entspricht, die ihm bezeichnet wurde. Zum Vergleich ist die Farbe der Mitte des Papiers zu wählen, nicht die der Ränder, welche schneller angegriffen werden. No. 1 der Scala entspricht der kürzesten Sitzung, ca. 3 Minuten. A. E. GARROD.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) Kayser (Breslau). **Die Bedeutung der Nase und der ersten Athmungswege für die Respiration.** *Archiv für die gesammte Physiologie. Bd. XLI. 1887.*

Die Schlussfolgerungen, welche Aschenbrandt in seiner Arbeit „Die Bedeutung der Nase für die Athmung“ aufstellte, schienen dem Verf. vorliegender Arbeit nicht genügend begründet, weshalb er dieselben neuen experimentellen Untersuchungen unterstellte. Hinsichtlich der Erwärmung der Luft bei ihrem Durchgang durch die Nase kam Kayser zu demselben Resultate wie Aschenbrandt, dass die durch beide Nasenhöhlen strömende Luft bei einer Aussentemperatur von 10—12° C. auf circa 31° C. erwärmt wird; beim Durchstreichen der Luft durch eine Nasenhöhle war die Temperatur der Luft um 0,5 weniger warm. Die durch halbgeöffneten Mund und Rachen strömende Luft wird nach Kayser bei 10—12° C. Aussentemperatur auf 29° C. d. h. einen halben Grad weniger erwärmt, als wenn sie durch beide Nasenhöhlen durchzieht. Dieses Resultat stimmt mit den Messungen von Mackenzie überein. Die Luft wird ferner bei ihrem Durchgang durch die Nase entsprechend der angenommenen Temperatur mit Wasserdampf vollkommen gesättigt. Die Luft wird bei ihrem Durchgang durch Mund und Rachen gleichfalls mit Wasserdampf gesättigt, nur ist entsprechend ihrer um $^1/_2$° C. geringeren Temperatur auch der absolute Werth des aufgenommenen Wassers etwas geringer. Die Luft wird während ihres Durchganges durch die Nase oder durch Mund und Rachen bei grosser Strömungsgeschwindigkeit beinahe ebenso hoch erwärmt (auf 29,5 bis 30° C.) wie bei langsamer Strömung und gleichfalls ihrer Temperatur entsprechend mit Wasserdampf gesättigt.

Die Erwärmung und Feuchtigkeit der eingeathmeten Luft findet nicht in der Lunge, sondern in den Ansatzrohren und dem Luftleitungsrohre, d. h. in Nase, Rachen, Kehlkopf, Trachea und Bronchien statt; diese Function der Nase allein zuzuschreiben ist unstatthaft. Die Wärmedifferenz zwischen der durch die Nase und der durch Mundrachen eingeathmeten Luft ist so gering, dass sie praktisch nicht von Belang ist. Immerhin ist und bleibt die Nase Respirationsorgan und Athmungsweg ersten Ranges; die Nasenathmung ist zweifellos die normale, aber die Mundathmung kann sie ohne erheblichen Nachtheil der Respiration ersetzen, wie denn auch viele Menschen jahrelang ohne Schaden durch den Mund athmen. Der Nasenathmung in Bezug auf Erwärmung und Anfeuchtung der Einathmungsluft eine vitale Bedeutung zuzuschreiben, ist nicht gerechtfertigt. Bei körperlicher Anstrengung, Laufen, Bergsteigen etc. ist es zweckmässig, mit geschlossenem Munde durch die Nase zu athmen, weil die vermehrte Luftzufuhr nicht durch Erweiterung der Athmungsöffnung, sondern durch grössere Anstrengung der Athmungsmuskeln bewirkt wird, diese also gekräftigt und zu grösserer Leistungsfähigkeit erzogen werden. SCHECH.

17) **Wertheimer** und **Surmont** (Paris). **Centripetale Bahnen des Niesreflexes. (Voies centripètes du réflexe de l'éternuement.)** *Société de Biologie Paris.* Sitzung vom 21. Januar 1888.

Wertheimer und Surmont reichten über diesen Gegenstand eine Arbeit ein, in welcher sie zu folgenden Schlüssen kommen:

1. Reizung des Bulbus olfact. ruft weder Niesen, noch irgend eine Reflexbewegung hervor.

2. Der Ramus ethmoidalis des Nerv. nasalis vom Ast des Ophthalmicus stellt gewöhnlich den einzigen, ausschliesslichen centripetalen Weg des Niesreflexes dar, wenn dieser von der Nasenhöhle ausgeht.

3. Das Niesen oculären Ursprungs hat seinen Ausgangspunkt in den Ciliarnerven.

E. J. MOURE.

18) **E. F. Ingals. Epistaxis. (Epistaxis.)** *Medical News Philadelphia. 23. Juli 1887.*

1. In gewöhnlichen Fällen hört die Epistaxis von selbst auf, deshalb ist es gleichgültig, welche unschuldige Behandlung eingeschlagen wird.

2. Epistaxis bei Kindern und jungen Leuten ist gewöhnlich ein Bemühen der Natur zur Beseitigung der Plethora, und deshalb sollte keine active Behandlung eingeleitet werden.

3. Dauernde oder häufig wiederkehrende Blutung aus der Nase kann zuweilen durch innere Mittel beseitigt werden, aber gewöhnlich verlangt sie eine Localbehandlung.

4. Ist die Blutung profus, so kann sie durch Einblasungen von Cocaïn oft gestillt werden; ebenso können vegetabilische Adstringentien angewendet werden, welche, wenn nöthig, durch Tamponade der Nase unterstützt werden können.

5. Kann die Blutung auf diese Weise nicht gestillt werden, so ist die Nasenhöhle mit Jodoform zu behandeln und dann vollständig mit einem Streifen Gase, die mit Tannin gesättigt ist, von vorn zu tamponiren. Diese Methode wird fast stets erfolgreich sein und deshalb ist die Tamponade der hinteren Nase, welche bisweilen gefährlich ist, nur als letztes Hilfsmittel anzuwenden.

6. In fast allen Fällen ist die Quelle der Blutung durch sorgfältige Rhinoscopie zu entdecken.

7. In denselben Fällen ist die Affection gewöhnlich durch den verständigen Gebrauch von Arg. nitr. in Substanz, oder besser noch mit dem Galvanocauter zu heilen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

19) **R. W. Erwin. Epistaxis verbunden mit Hypertrophie der Tonsillen. (Epistaxis associated with hypertrophy of the tonsils.)** *New-York Med. Record. 27. Aug. 1887.*

Erwin glaubt, dass die Blutung durch den fortgesetzten Druck auf die Halsvenen hervorgerufen werde, welcher eine chronische Schwellung oberhalb erzeuge, vielleicht mit Veränderung in den Gefässwänden. Er hat zwei Fälle gehabt, wo die Epistaxis nach Entfernung der geschwollenen Mandeln aufhörte.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

20) **Ch. Meyrignac. Die Epistaxis als senile Haemorrhagie. (De l'épistaxis considérée comme hémorrhagie sénile.)** *Thèse de Bordeaux. 1887.*

Die Ursachen der Hämorrhagien bei Greisen sind organische Entartung, Congestionen, Anstrengungen, Gemüthsbewegungen etc. Die Symptomatologie enthält nichts Neues. Die Diagnose des Ausgangspunktes der Blutung bekümmert den Autor nicht sehr, der nebenbei von der Anwendung der Rhinoscopie spricht. Die Prognose und Therapie bringen uns nichts Neues. 11 Beobachtungen begleiten diese Arbeit. E. J. MOURE.

21) **Harris Fischer. Epistaxis und Leber. (Epistaxis and liver.)** *New-York Medical Record. 17. December 1887.*

Patient befand sich in der vierten Woche des Typhus und litt an wiederholten Nasenblutungen. Es wurden Ergotin, Gallussäure, heisses und kaltes Wasser, Eis, Tannin, Ferrum subsulfur., Veratrum, Morphium und schliesslich die Tamponade der Choanen versucht, aber nur mit geringem und vorübergehendem Erfolg.

Hierauf wurde eine Mischung von Terpenthinöl und Speck längs des Abdomens gleichzeitig mit heissen Cataplasmen applicirt. Diese energisch durchgeführte Anordnung brachte einen entschiedenen Gegenreiz hervor. Innerhalb dreier Stunden hörte die Blutung aus der Nase auf, ohne je wiederzukehren. LEFFERTS.

22) **Alvin** (Mont-Dore). **Einspritzung von sehr heissem Wasser gegen schwere Epistaxisformen. (Irrigation de l'eau très-chaude contre les épistaxis graves.)** *Loire méd. 15. August 1887.*

A. wendet Wasser von 70° an. Dieses bereits gegen Metrorrhagie empfohlene Mittel lieferte ihm vorzügliche Resultate, besonders in einem Fall von Epistaxis, die allen anderen, in diesen Fällen sonst angewandten Mitteln widerstanden hatte. E. J. MOURE.

23) **A. Ruault. Cocaïn als Haemostaticum zur Behandlung von Nasenblutungen in der Nasenchirurgie. (De l'emploi de la cocaïne comme hémostatique dans le traitement de l'epistaxis en rhino-chirurgie.)** *France méd. 1. October 1887.* Sonderabdruck. Paris.

R. erinnert daran, dass Cocaïn nicht nur ein Anaestheticum sei, sondern auch das Volumen der Nasenschleimhaut vermindert, indem er hierbei die Theorie von Bosworth über diesen Gegenstand citirt.

R. wendet seit 2 Jahren mit Erfolg das Cocaïn als Haemostaticum an, indem er einen, in 20—30procentiger Lösung getauchten Wattetampon wenigstens 5 Minuten, zuweilen noch länger in der Nase liegen lässt. Er verwendet dieses Mittel auch nach chirurgischen Operationen in der Nase. E. J. MOURE.

24) **S. B. Judkin. Stillung der Nasenblutung. (To arrest nasal hemorrhage.)** *Medical Brief. September 1887.*

Der Autor führt einen Handschuhfinger in die Nasenhöhle ein und füllt ihn mit Watte. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

25) **J. Robinson. Behandlung der Epistaxis. (Treatment of epistaxis.)** *Therapeutic Gazette. 15. August 1887.*

Die Blutung kommt in den meisten Fällen aus einem Zweig der oberen Kranzarterie, einem Zweige der Facialis, welche sich auf der Nasenscheidewand verästelt. Sie tritt in die Nasenöffnung gerade unterhalb der Nasenflügel ein, kreuzt an dieser Stelle das Oberkieferbein, und die Epistaxis kann gestillt werden, wenn man mit dem Finger einen Druck über dem Verlauf der Arterie ausübt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

26) **A. Ady. Tamponade der Nase. (Plugging of the nostrils.)** *Medical and Surg. Reporter. 30. Juli 1887.*

A.'s Methode besteht darin, dass er den Blinddarm eines Hühnchens nimmt, die Innenseite nach aussen wendet, die Schleim- und Muskelschicht abschabt und nur das Peritoneum zurücklässt. Es bildet dies einen Sack, welcher, wenn er in die Nase eingeführt, mit Wasser ausgedehnt und vorn zugebunden wird, einen sehr wirksamen Tampon abgiebt, ohne Reizung auszuüben. Ist ein Hühnchen nicht zur Hand, so kann ein Gummicondom in derselben Weise verwendet werden. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

27) **S. S. Bishop. Heufieber. (Hay-fever.)** *Journal of American Med. Association. 23. Juli 1887.*

Rücksichtlich seiner Pathologie ist das Heufieber nach Ansicht des Verf.'s eine functionelle Nervenaffection und alle Symptome können auf drei Factoren zurückgeführt werden: 1. Erhöhte Reizbarkeit der Nervencentren. 2. Erhöhte Sensibilität der Nervenenden. 3. Das Vorhandensein einer der zahlreichen reizenden Ursachen.

Was die Behandlung betrifft, so hatte er die befriedigendsten Resultate von dem Gebrauch von Morph. combinirt mit Atropin und zwar im Verhältniss von ca. 50 : 1 in Form von comprimirten Tablettes. Ebenso rühmt er ein 6—10 pCt. Cocaïnpulver und Milchzucker, mittelst eines Taschenbläsers auf die Nasenhöhle applicirt. Was eine Operation betrifft, so giebt er folgendes Criterium an: Wenn ein verlässliches Cocaïnpräparat von 4—10 pCt. einen schweren Anfall coupirt, sobald es auf die sensiblen Stellen applicirt wird, dann wird eine Operation wahrscheinlich nützlich sein. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

28) **W. Cheatham. Antipyrin und Antifebrin beim Heufieber. (Antipyrin and antifebrin in hay-fever.)** *New-York Med. Record. 8. October 1887.*

Ch.'s Patienten haben in der letzten Heufiebersaison Antipyrin und Antifebrin, häufiger das erstere, entweder allein oder zusammen monatelang mit gutem Erfolge genommen. Die Dosirung war: 0,5—1,5 Antipyrin und 0,2—0,3 Antifebrin pro die. LEFFERTS.

29) **J. Percival Hunt** (London). **Heufieber. (Hay-fever.)** *Lancet. 16. Juli 1887.*

Ein 43jähriger Mann hatte seit 36 Jahren an Heufieber gelitten. Die Symptome traten mit gleicher Schwere in allen Welttheilen auf: Westindien, Ostindien, Egypten etc. während der Monate Mai, Juni und Juli. Die Anfälle, welche sehr schwer waren, nahmen immer mehr zu durch beträchtliche Magen- und Leberstörungen.

Vor 20 Jahren hatte er eine schwere Affection der Nase das ganze Jahr hindurch; es bildeten sich trockene Krusten, welche bei ihrer Ablösung häufig Blutung verursachten.

Ungefähr im Januar d. J. wurde ein rundes, deutlich gebohrtes, an seinem Rande ulcerirtes Loch in dem vorderen Theil der knorpeligen Nasenscheidewand gefunden. Seit jener Zeit hörten die Krusten auf, sich zu bilden und, obgleich die Visceralstörung zurückblieb, kehrten die Localsymptome des Heufiebers nicht mehr zurück. Es scheint, dass die sensible Area, welche die Symptome hervorgerufen hatte, zersört worden war.

A. E. GARROD.

30) Calmettes (Paris). **Die Reflexneurosen nasalen Ursprungs. (Les névroses réflexes d'origine nasale.)** *Progrès méd. 9. Juli 1887.*

C. hat einen Artikel besonders für praktische Aerzte geschrieben, in welchem er das jetzt bereits bewiesene Vorhandensein von Reflexneurosen behauptet und die verschiedenen Erscheinungen der Neurose bekannt giebt.

E. J. MOURE.

31) Guye (Amsterdam). **Ueber Aprosexie; Unfähigkeit seine Aufmerksamkeit auf einen bestimmten Gegenstand zu richten, verursacht unter Anderem durch nasale Störungen. (Over aprosexia; belemmering in het vertigen vaan de aandacht op een bepaald ouderwerp, ouder anderen door nasale stoornissen veroorzaakt.)** *Tijdschrift voor Geneeskunde. No. 15. 1887.*

Der Autor führt mehrere einschlagende Fälle an und knüpft daran seine Erläuterungen. Er sucht die Erscheinungen als „Retentions-Erschöpfung" zu erklären in Folge behinderten Lymphabflusses aus dem Schädelraum. Er will auch die „cephalée des adolescents" von Germain Sée und die Ueberbürdung (Surmenage scolaire) darauf zurückführen: für manche Fälle gewiss mit Recht.

BAYER.

32) W. Spencer Watson (London). **Ein Fall von chronischer hypertrophischer Rhinitis mit krampfhaftem inspiratorischen Schnarchen. (A case of chronic hypertrophied rhinitis with spasmodic inspiratory snorting.)** *Med. Press and Circular. 12. October 1887.*

Eine junge Frau von 26 Jahren kam in W.'s Behandlung mit Symptomen von chronischem Catarrh und Nasenstenose nebst lästigem Schnarchen, welches den ganzen Tag hindurch anhielt. Das Schnarchen begann nach dem plötzlichen Tode einer Verwandten, welcher die Patientin sehr bekümmerte. Sie wurde mit Tonicis und Antispasmodicis ohne jeden bleibenden Nutzen behandelt. Die Schleimhaut beider Nasenlöcher war stark verdickt. Wenn man den Finger hinter den Gaumen führte, so fühlte man eine Schwellung der linken unteren Nasenmuschel.

W. exstirpirte die linke untere Nasenmuschel und einen Theil der rechten mit dem Erfolge, dass das Schnarchen einen Monat lang aufhörte. Da es jedoch in leichtem Maasse wiederkehrte, so wurden weitere Theile dieses Gebildes mit einem Ringmesser und einem Polypotom entfernt.

W. meint, dass das Schnarchen wahrscheinlich von dem schweren Seufzen nach der Gemüthserregung seinen Ausgang genommen habe und dass es zu einer festen Gewohnheit geworden sei, als der catarrhalische Zustand der Nase sich

verschlimmerte, ausgehend von der Absicht, die Nase frei zu erhalten. Das Schnarchen war wahrscheinlich neuromimetischer Natur; die Operation beseitigte jedoch nicht nur die Symptome, sondern besserte auch den Zustand der Nasenhöhle.

A. E. GARROD.

33) **Ph. Schech. Ueber Asthma.** *Münchener med. Wochenschrift. No. 40, 41. 1887.*

Im ersten Theile des Vortrages werden die Beziehungen des Asthma zu Nasenkrankheiten im Allgemeinen und Besonderen besprochen und eine Statistik von 47 im Jahre 1885 und 1886 nach allen Richtungen genau beobachteten Fällen gegeben. Von diesen 47 Asthmatikern zeigten nicht weniger als 30, d. h. 63,8 pCt., deutliche und hochgradige Veränderungen der Nasenschleimhaut. Von diesen wurden 25 local behandelt. Die Resultate waren: Bei 11 blieben bis jetzt die Anfälle aus — Verf. vermeidet es aus Gründen, die im Original nachzulesen sind, von Heilung zu sprechen —, gebessert wurden 5, erfolglos behandelt 3, unbekannt blieb der Erfolg bei 6. Die günstige Wirkung der localen Behandlung besteht in erster Linie in der Aufhebung des abnormen Contactes gegenüberliegender Schleimhautbezirke, in der Wiederherstellung normaler nasaler Respiration, in der Aufhebung des directen Druckes und der Zerrung von Polypen und Hypertrophien, in der Verkleinerung der hyperästhetischen Zone, in der Wiederherstellung normaler Circulationsverhältnisse in Nase und Gehirn. Im zweiten Theile werden die verschiedenen Theorien des Asthma einer eingehenden Besprechung unterzogen und kommt Verf. zu dem Schlusse, dass sich das im Gefolge von Nasenkrankheiten auftretende Asthma in keiner Weise von dem von anderen Organen ausgelösten unterscheide, dass das Asthma und seine Erscheinungen sich aus der Annahme eines Bronchialmuskelkrampfes allein erkläre, dass die Curschmann'schen Spiralen und Leyden'schen Crystalle nicht als die Ursachen, sondern als die Producte des asthmatischen Anfalles betrachtet werden müssen, und dass die das Asthma zuweilen begleitenden vasomotorischen Störungen — Verf. sah Asthma mit Hemicranie, Cardialgie und vasomotorischer Angina alterniren — kein zwingender Beweis für die vasomotorische Natur des Asthma seien.

AUTOREFERAT.

34) **W. C. Glasgow** (St. Louis). **Die Aetiologie und der Mechanismus des Asthma. (The etiology and mechanism of asthma.)** *International Journal of the Medical Sciences. Juli 1887.*

Das Nasenasthma wird ausführlich besprochen, jedoch wird hierüber nichts besonderes Neues erwähnt. Der Autor neigt zu dem Glauben, dass die meisten Fälle von Asthma reflectorischen Ursprungs sind. Er legt besondere Wichtigkeit dem Larynx als Ursache von Asthma bei und hält die Interarytaenoidalfalte für einen sensiblen Herd. Es wird ein Fall mitgetheilt, wo während eines Asthmaanfalles eine 50proc. Carbollösung aus Versehen in den Larynx gebracht wurde. Das Resultat war ein vollständiges Aufhören des Anfalls und Heilung der Neigung zum Asthma. Nachdem er die Symptome des Anfalls besprochen und eine vollständige literarische Uebersicht über die verschiedenen Ansichten geliefert hat, stellt Glasgow seine eigene Theorie auf.

Er hat einen eigenthümlichen ödematösen Zustand der Nasenschleimhaut

beobachtet, welcher sich durch seine intensive Blässe von dem gewöhnlich gesehenen unterscheidet. Wird die Schleimhaut mit einer Sonde gezwickt oder sonstwie gereizt, so nimmt die Schwellung zu und ein dünn wässeriges Secret fliesst aus. Dieser Zustand lässt prompt nach, sobald Amylnitrit, Aether eingeathmet, oder Atropin oder Morphium applicirt wird. Diesen Zustand führt der Verf. auf einen Krampf der kleinen Arterien der Schleimhaut zurück. Er glaubt nun, dass die Erscheinungen des Asthmas durch einen ähnlichen Zustand der die Bronchialäste bekleidenden Schleimhaut bedingt sei und, um diese Frage weiter zu studiren, untersucht er eine Anzahl von Asthmatikern während des Anfalls. Er fand, dass die Schleimhaut des Pharynx, des Larynx und der Trachea geschwollen und blasser als normal waren. Diese Beobachtungen widersprechen direct Stoerk's Behauptungen, wie der Autor bemerkt.

Diese Arbeit sollte von Allen, welche sich für diese Materie interessiren, gelesen werden, da man in einem Auszuge ihr nicht gerecht werden kann.

MC. BRIDE.

c. Mundrachenhöhle.

35) **Wörterbuch der Encyclopaedie der medicinischen Wissenschaften. (Dictionnaire encyclopaedique des sciences médicales.)** Paris, 1887. 2. Folge. Bd. XXIV. I. Theil.

36) **Testut. Pharynxplexus. Arteria pharyngea.**

37) **Broca. Pharyngotomie, Exstirpation des Pharynx.**

38) **Arloing. Anatomie und Physiologie des Pharynx.**

39) **Arnozan** und **E. J. Moure. Pathologie des Pharynx.**

Dieser letztere Artikel enthält einfach vier Paragraphen, welche dem Studium der Symptomatologie und der allgemeinen Therapie, den Fremdkörpern, den Retropharyngealabscessen und den adenoiden Vegetationen gewidmet sind.

Diese verschiedenen Artikel bilden eine Uebersicht über den gegenwärtigen Stand der Wissenschaft auf diesen Gebieten. E. J. MOURE.

40) **J. Bland Sutton** (London). **Rachentaschen der Pferde. (Guttural pouches in horses.)** *Brit. Med. Journal. 22. October 1887.*

S. theilte in der Sitzung der Pathol. Society of London vom 18. October 1887 mit, dass beim Pferde die Mündungen der Tubae Eustachii Säcke von Faustgrösse bildeten, welche sich von der Basis des Hinterhauptsbeins bis zum Kehlkopf hinab erstreckten, mit Flimmerepithel bekleidet und mit Schleimdrüsen versehen seien, und mit den Choanen durch eine enge klappenförmige Oeffnung communicirten. Sobald das Pferd die Ohren spitzt, werden die Wände der Tasche straff gespannt und letztere unterstützt, wie man glaubt, die Function der beim Pferde kleinen Zellen des Warzenfortsatzes. In den Taschen finden oft entzündlich-eitrige Vorgänge statt; auch Concretionen werden oft in ihnen gebildet. Diese Concretionen sind weich, schichtförmig angeordnet und bestehen hauptsächlich aus Schleim und Cholesterin; ihre Asche enthält einen Körper, der für Kieselerde gehalten wird. — Die Discussion förderte nichts Besonderes zu Tage.

SEMON.

41) **J. Bland Sutton** (London). **Foetale Anomalieen. (Foetal abnormalities.)** *Brit. Med. Journal. 5. November 1887.*

In der Sitzung der Pathol. Society of London vom 1. November 1887 beschrieb S. einen Foetus mit Spina bifida occulta und zahlreichen anderen Missbildungen. Hier mag nur erwähnt werden, dass u. A. der Pharynx in einen Blindsack endigte, während sich zwischen Oesophagus und Trachea eine Communication befand. Hinsichtlich weiterer Details muss auf das Original verwiesen werden. SEMON.

42) **Wassilieff** (Bern). **Wo wird der Schluckreflex ausgelöst?** Berner Dissertation. München. Druck von R. Oldenbourg. 1887.

Verf. sucht unter Anleitung des Prof. Kronecker durch eine Reihe von 10 Thierversuchen und einige Experimente am Menschen zu ermitteln, an welchen Stellen und durch welche Nerven der Schluckakt ausgelöst wird. Der musculäre Hauptakt des Schluckens wird nach Meltzer den Mylohyoidei zugeschrieben, während die Constrictores pharyngis entsprechend ihrer Langsamkeit erst nachher kommen. Bidder und Blumberg haben schon gezeigt, dass Reizung des centralen Endes des N. laryngeus sup. Schluckbewegungen auslösen, was hier auch bestätigt wird. Unter den Schlusssätzen sind folgende:

2. Wenn man die mittlere Partie der Zunge bis zur Zungenwurzel, oder die medianen Theile des harten Gaumens reibt, so contrahirt sich die Zunge zur Löffelform, wodurch der Bissen abgerundet und sein Weg vorgeschrieben wird.

3. Beim Kaninchen wird durch Berührung der vorderen, centralen Fläche des Gaumens sehr leicht und präcis eine vollständige Schluckbewegung ausgelöst. Diese empfindliche Partie erstreckt sich zu beiden Seiten des Palatum molle, bis zur Mitte der Tonsillen reichend.

4. Die Erregbarkeit des weichen Gaumens wird dauernd zerstört durch Abtrennung der Nn. trigemini, zeitweilig aufgehoben durch Cocaïn.

6. Ausser dem weichen Gaumen vermögen andere, vom Laryngeus sup. innervirte Partieen die Schluckbewegung auszulösen. Diese Orte sind aber im Kehlkopf schwer zu bestimmen. Durch sie wird auch beim bis zum Vaguskern enthirnten Thiere ein regulärer Schluck ohne Mitwirkung der von motorischen und sensiblen Trigeminusästen versorgten Theile ausgelöst.

7. Die Reizung des Glossopharyngeus wirkt hemmend auf die irgendwie angeregte Schluckbewegung.

8. Beim Menschen wird der Schluckreflex ausgelöst, wenn die Massen hinter das Velum in die Gegend der Tonsillen gedrängt werden. Schlundreizung, auch nur durch Muskelpressung, hemmt das Schlucken. JONQUIÈRE.

43) **Judée. Einfluss des Nervensystems auf die Speichelerzeugung. (Action du système nerveux sur la production de la salive.)** *Acad. des scienc. Paris. 7. September 1887.*

Der Speichel wird von zwei Nervencentren erzeugt, von denen das eine in der Medulla, das andere peripherisch gelegen ist. Beide sind durch einen Nerven, und zwar durch die Chorda tympani, verbunden. E. J. MOURE.

44) **Blondi. Die pathogenen Mikroorganismen des Speichels.** *Breslauer ärztl. Zeitschrift. No. 18. 1887.*

Die Thatsache, dass Injection von normalem Mundspeichel bei Thieren manchmal infectiöse Erkrankungen hervorruft, ist längst bekannt. Die Aufgabe aber zu lösen, welche unter den vielen in der normalen Mundflüssigkeit vorkommenden Mikroorganismen pathogen sind, unter welchen Bedingungen sie ihren Einfluss geltend machen, und für welche Thiere sie giftig sind, hat der Verf. unternommen. Er isolirte aus dem Speichel fünferlei pathogene Mikroorganismen, und zwar: 1. den Bacillus salivarius septicus, 2. Coccus salivarius septicus, 3. Mikrococcus tetragenus, 4. Streptococcus septo-pyämicus und 5. Staphylococcus salivarius pyogenes. No. 1 kommt am häufigsten im Speichel vor; Mäuse und Kaninchen erkrankten nach Injection von $^1/_2$—1 Ccm. an der Infectionsstelle an Oedem, Hämorrhagie, Milztumor und Microorganismen im Blute, und starben im Laufe von 24—72 Stunden. Meerschweinchen und Hunde blieben hingegen gesund. No. 2, von einer puerperalen Sepsis herstammend, tödtete in 4—6 Tagen Mäuse, Meerschweinchen und Kaninchen; constanter Befund war die Anwesenheit dieser Coccen im Blute und in den Geweben. No. 3 tödtet Mäuse und Meerschweinchen in 4—8 Tagen; es finden sich stets viele Coccen im Blute und den Organsäften. No. 4 ist pathogen für Meerschweinchen. Kaninchen und Mäuse, jedoch nicht constant. Bei Injection von No. 5 erfolgt auf Injection locale Eiterung. Die Details über Züchtung, Nährboden etc. sind im Original, das ausführlich auch in der Zeitschrift für Hygiene 1887 erschienen ist, nachzulesen.

SCHECH.

45) **Rappin** (Sautron). **Mikroorganismen des Mundes bei Thieren. (Microorganismes de la bouche chez les animaux.)** *Gaz. méd. de Nantes. 3. Juli 1887.*

Er hat besonders die Bacterien der Mundhöhle des Hundes untersucht, bei welchem er elf Arten gefunden hat, die er beschreibt. Wurden dieselben Kaninchen oder Meerschweinchen eingeimpft, so brachten sie Abscesse hervor.

E. J. MOURE.

46) **L. Hirt** (Breslau). **Zur Localisation des corticalen Kaumuskelcentrums beim Menschen.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 27. S. 488. 1887.*

Aus der vorhandenen Literatur über die selten vorkommenden Erkrankungen der Kaumuskeln folgert H.: 1. dass Neoplasmen im Hirn, welche unter anderen Erscheinungen auch Trismus im Gefolge haben, vorwiegend in der linken Hemisphäre ihren Sitz hatten, und 2. dass die bisher beobachteten, hierher gehörigen, rein corticalen Läsionen immer bilateral auftreten. H. theilt dann einen auf der Krankenabtheilung des Breslauer städtischen Armenhauses beobachteten Fall mit, den er selbst folgendermassen resumirt: Eine 65jährige Frau, welche bis vor etwa 8 Jahren ziemlich gesund gewesen, erkrankte an zeitweise auftretenden Anfällen von linksseitigem Gesichtsschmerz, dem sich später eine Schwächung der Kaumusculatur zugesellte, welche innerhalb zwei Jahren in fast völlige Lähmung derselben überging. Daneben bestanden die Erscheinungen von beginnender Tabes. Post mortem fanden sich u. A. zwei Läsionen der Hirnrinde, hervorgerufen durch Psammom, von denen das eine dem unteren Drittel der vorderen Centralwindung und dem Fusse der 2. und 3. Stirnwindung links, das andere

der Uebergangsstelle aus dem linken oberen Scheitelläppchen in den Hinterhauptslappen entsprach. Nach H. bestätigt dieser Fall die Annahme, dass das motorische Rindenfeld des Trigeminus das untere Drittel der vorderen (linken) Centralwindung und den angrenzenden Fuss der 2. und 3. Stirnwindung umfasst, und beweist, dass auch eine nur einseitige Läsion der Rinde, und zwar der linken Hemisphäre, genügt, um die Trigeminusmuskeln beider Seiten zu lähmen.

B. FRAENKEL.

47) **H. Schmidt** (Frankfurt a. M.). **Cocaïnanaesthesie bei Operationen im Munde.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 39. 1887.*

S. wendete in 3 Fällen Einspritzungen von 4procent. Lösungen in die Umgebung der Operationsstelle an und verbrauchte einmal 5 Grm. davon. Es handelte sich einmal um eine Ranula, einmal um ein papillöses Sarcom und einmal um Uranoplastik und Staphyloraphie. Besonders bei der letzteren Operation war die Wirkung ausgezeichnet. Intoxicationserscheinungen sah er nur im 1. Falle und dann bei einigen alten Leuten, denen er Mundgeschwüre bepinselte. Er hält die Empfindlichkeit verschiedener Menschen gegen Cocaïn für sehr ungleich.

CHIARI.

48) **Cardamin. Brandwunde des Mundes durch einen Flintenschuss. (Brûlure de la bouche par une fusée de feu d'artifice.)** *Lyon méd. No. 46. 13. Sep. 1887.*

Der Titel zeigt, um was es sich handelt. E. J. MOURE.

49) **R. Clement Lucas** (London). **Epitheliom der Lippe und Drüsen; Excision des Tumors nebst 6 Ctm. von der Vena jugul. interna; Blosslegung der tiefen Gefässe und Nerven; pneumogastrische Symptome. Heilung. (Epithelioma of the lip and glands, excision of the growth with two inches of the internal jugular vein, exposure of the deep vessels and nerves, pneumogastric symptoms. Recovery.)** *Lancet. p. 1312. 31. Januar 1887.*

Der Titel erklärt den Inhalt. A. E. GARROD.

50) **v. Bergmann** (Berlin). **Carcinom der Ober- und Unterlippe.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 47. S. 891. 1887.*

In der Berliner med. Gesellschaft stellte v. B. einen Kranken vor, der an genau correspondirenden Stellen der Ober- und Unterlippe Carcinome zeigte. Es wird dadurch der Verdacht der Uebertragung von der einen Lippe auf die andere ausserordentlich nahe gelegt. B. FRAENKEL.

d. Diphtheritis und Croup.

51) **Sennander** (Stockholm). **Studien über die Verhältnisse zwischen Croup und Diphtheritis. (Studier öfver Förhallandet emellan Croup och Difteri.)** 116 Ss. Stockholm. 1887.

Der Verf. liefert in dieser gewissenhaft ausgearbeiteten Studie zuerst eine historische, referirende Uebersicht über die Frage, und giebt dann seine persönliche Auffassung des Verhältnisses zwischen den beiden Krankheitsbegriffen.

Er ist Unionist, referirt 3 Fälle von Croup, ohne Schlunddiphtheritis,

die von kleineren und schweren Paralysen gefolgt wurden, ferner 3 Fälle von Laryngitis crouposa ohne Schlundbeleg, wo man bei der Obduction ausgebreitete parenchymatöse Degenerationen der inneren Organe als Ausdruck einer schweren Infection vorfand. Er theilt ferner Fälle mit, in denen eine Laryngitis crouposa ohne Schlunddiphtheritis einen Knaben inficirt und hier eine Schlunddiphtheritis hervorruft, und berichtet, wie diese Schlunddiphtheritis dieselbe Krankheit bei einer dritten Person, die schliesslich an fibrinöser Bronchitis stirbt, verursacht. Unter 80 Fällen von Croup, die vom Verf. operirt wurden, befanden sich 13, die nie mit Schlundmembranen behaftet waren; doch war er im Stande, in den meisten Fällen dieser 13 einen ätiologischen Zusammenhang mit zweifellosen Diphtheritisfällen darzulegen. Er ist daher der Anschauung, dass man gegenwärtig genöthigt ist, Diphtheritis als Ursache eines primären fibrinösen Croup anzusehen. Nur als klinischer Begriff darf das Wort Croup benutzt werden und der Verf. schliesst sich in dieser Beziehung Rauchfuss (Kopenhagener Congress 1884) folgendermassen an:

„Die Symptomgruppe Croup gehört weder ausschliesslich in ätiologischer Beziehung einer bestimmten Krankheit, noch ausschliesslich einem bestimmten anatomischen Zustande der Kehlkopfschleimhaut — weder Catarrh, Croup, noch Diphtheritis. Alle diese Veränderungen können von dem Croupsymptom gefolgt werden, aber sie können auch ohne dieses verlaufen. Das Croupsymptom kommt in acuten Infectionskrankheiten (am häufigsten bei Diphtheritis, doch auch bei Morbilli, Scarlatina, Variola etc.) vor, aber es kann auch auf nicht infectiösen Ursachen, auf Erkältung, mechanischen, chemischen, thermischen Irritationen der Larynxschleimhaut beruhen.“ SCHMIEGELOW.

52) **M. L. Setz. Diphtherie. (Diphtheria.)** *Journal of the Amer. Med. Associat. 26. November 1887.*

Zwei Reihen von Heilmitteln sind angezeigt: Pilztödtende und Tonica, sowohl innerlich, als auch äusserlich. Die Behandlung muss stets zwei Stunden nach Bildung der Pseudomembran beginnen. [Leichter gesagt als gethan! Red.] W. J. SWIFT (LEFFERTS).

53) **F. P. F. Ransom** (Cambridge). **Diphtherie. (Diphtheria.)** Sitzung der Cambridge Medical Society. *Lancet. p. 1270. 24. December 1887.*

Mittheilungen über sechs Diphtheriefälle. A. E. GARROD.

54) **J. B. Johnson. Diphtherie. (Diphtheria.)** *Southern Clinic. Nov. 1887.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

55) **J. S. Hill. Bemerkungen über Diphtherie. (Notes on diphtheria.)** *Medical Bulletin Philadelphia. September 1887.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

56) **Charles Douglass. Einige Gedanken über die Diphtherie. (A few thoughts on diphtheria.)** *Trans. Med. Soc. Michigan. p. 167. 1887.*

Da die Tonsillen den wohlbekannten Entzündungsprocess mit den ihn begleitenden Secreten zeigen, da sie also in erster Reihe für die Verbreitung der

Krankheit wirksam sind, so glaubte D., dass er viele Fälle zum Stillstand bringen und ihre Virulenz verhüten könnte, wenn es ihm gelänge, den entzündlichen Process, so lange er noch in den Tonsillen sich abspielt, aufzuhalten oder zu verändern. Denn dadurch würde er die Vergiftung der benachbarten Theile durch das Secret der Drüsen verhüten. Zu diesem Zweck suchte er, ergiebige Schnitte quer durch die Pseudomembran und die Tonsillen an vier bis sechs Stellen und zwar in einer Tiefe von $^1/_4$—$^1/_2$ Zoll zu machen. Diese Schnitte wiederholte er täglich in der Absicht, die secernirende Kraft der Drüsen zu vernichten und an die Stelle des vergiftenden einen einfach traumatischen Entzündungsprocess zu setzen. Er versuchte dies in zehn Fällen, welche allen anderen Mitteln widerstanden hatten, und erzielte sechs Heilungen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

57) **W. N. Heygate** (Bath). **Diphtherie während der Schwangerschaft. (Diphtheria during pregnancy.)** *Lancet. 7. December 1887.*

Mittheilung über eine Frau, welche im siebenten Monat der Schwangerschaft H. wegen ausgesprochener Diphtherie consultirte. Nach zwei Tagen wurde er wegen bedrohlicher Symptome gerufen, und sein Freund, der ihn vertrat, machte die Tracheotomie, doch die Patientin starb noch an demselben Abend. Er theilt diesen Fall deshalb mit, weil in jüngster Zeit darauf die Aufmerksamkeit gelenkt wurde, dass während der Schwangerschaft selten über Diphtherie berichtet werde.

A. E. GARROD.

58) **W. R. Chittick. Pseudomembranöse Angina. (Pseudomembranous sore-throat.)** *Trans. Michigan State Society. p. 161. 1887.*

Ch. glaubt, dass obige Krankheit von der Diphtherie verschieden ist, und dass die Membran stets auf die Tonsillen beschränkt bleibe.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

59) **E. Stanley Smith** (London). **Diphtherie. (Diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. p. 881. 22. October 1887.*

S. verwirft das Gurgeln bei Diphtherie und anderen acuten Halsentzündungen. Er beschreibt die Behandlung, die er selbst adoptirt hat.

A. E. GARROD.

60) **E. Gray. Ein ungewöhnlicher Fall von Croup. (An unusual case of croup.)** *Pacific Med. and Surg. Journal and Western Lancet. December 1887.*

G. hält den Fall deshalb für ungewöhnlich, weil mit deutlichen Pharynxsymptomen am dritten Tage Heiserkeit, croupöser Husten und etwas Dyspnoë auftrat. Wiewohl man deshalb eine Exsudation im Larynx annahm, so fand man doch nichts bei der laryngoscopischen Untersuchung. Er betrachtet diesen Fall als eine Combination von Diphtherie und catarrhalischer Laryngitis.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

61) **Major Greenwood**, jr. (Haggerston). **Ein Fall von Larynxdiphtheritis. (A case of laryngeal diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. p. 1329. 17. Dec. 1887.*

Patientin, eine verheirathete Frau, welche im neunten Monat schwanger war, zeigte die Symptome der Diphtherie, ohne dass im Rachen oder auf den Mandeln eine Spur einer Membran sichtbar war. Der Urin enthielt Eiweiss und

das ausgehustete, membranähnliche Sputum war blutig gestreift. Sie wurde von einem todten Kinde entbunden und starb 5 Tage darauf an allgemeiner Schwäche mit aussetzendem Pulse und zunehmender Lungencongestion.

Die Temperatur war normal mit Ausnahme des Abends, an dem man sie zum ersten Mal gesehen hatte: Es war dies der dritte Krankheitstag. Eine Drüse hinter dem Unterkieferwinkel war deutlich angeschwollen.

Der Larynx zeigte sich bei der Untersuchung stark geschwollen, die Schleimhaut ulcerirt, fast gangränös an einzelnen Stellen, und die Schleimhaut der Trachea war mit einer Pseudomembran bekleidet. A. E. GARROD.

62) Suss. **Diphtheritische Paralyse des Vagus. (De la paralysie diphthéritique du pneumogastrique.)** *Rev. mens. des mal. de l'enfance. August 1887.*

Der Titel zeigt, um was es sich handelt. E. J. MOURE.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

63) **Zesas** (Bern). **Pyämische Allgemeininfection von einer in den Kehlkopf gelangten Nadel ausgehend. Ein Beitrag zur Lungenchirurgie.** *Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte. No. 15. 1887.*

Patient verschluckte im September 1886 in Sauerkraut eine Nähnadel, welche in den Kehlkopf gelangte, sich oberhalb des linken Stimmbandes fest einkeilte und erst 8 Tage durch Valentin von innen herausgezogen wurde. Einen Monat nach dem Unfall entstanden die Symptome, welche 3 Monate darauf zu folgendem Sectionsbefund führten: Thrombose der Vena jugularis, des Sinus transversus und des Sinus longitudinalis superior. Pleuritis suppurativa, Abscesse in beiden Lungen, Atrophie und Verfettung des Herzens. Patient hatte zuletzt klonische Zuckungen im linken unteren Facialgebiet und beiderseitige Neuritis optica gehabt. Der Obductionsbericht erwähnt von dem Zusammenhang zwischen dem Kehlkopf und der Jugularthrombose kein Wort. Auch die Krankengeschichte schweigt ganz von den Erscheinungen, welche die Nadel vor und nach der Entfernung im Kehlkopf gemacht hatte. Einer der Lungenabscesse war intra vitam diagnosticirt und nach Resection der 7. Rippe nahe an der Wirbelsäule mit dem Thermokauter 3 Ctm. tief in das Lungengewebe hinein eröffnet worden.

JONQUIÈRE.

64) **Hofmokl** (Wien). **Extraction eines Knochens aus dem Kehlkopfe.** Demonstration in der Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 2. December 1887. *Anzeiger der Gesellschaft der Aerzte. No. 31. 1887.*

Dieser Fall betraf ein 3jähriges Kind, welches am 31. October den Knochen aspirirt hatte. Trotzdem, dass man mit dem Kehlkopfspiegel keinen Fremdkörper nachweisen konnte, wurde doch am 3. November die Laryngotracheotomie vorgenommen, weil das Kind fieberte, heiser war und leichte Athembeschwerden hatte. Wirklich fand man bei genauem Nachsuchen einen kleinen weisslichen Körper ganz in Granulationen eingebettet. Derselbe war 12 Mm. lang und 5 Mm. breit und wurde leicht entfernt. Heilung mit Erhaltung der Stimme. CHIARI.

65) **Archambault** (Klinik von Ch. Fauvel, Paris). **Ein 50-Centimesstück im Kehlkopf. (Pièce de 50 cent. tombée dans le larynx.)** *Gaz. des hôp. 9. Aug. 1887.*

Ein 23jähriger Mann hatte ein 50-Centimesstück verschluckt, welches in den Kehlkopf gelangt war. Er bot die gewöhnlichen Symptome dar, wie Husten, Glottiskrampf und blieb aphonisch. Der Schildknorpel ist auf Druck empfindlich und bei der Untersuchung des Kehlkopfes zeigt sich, dass das Geldstück zwischen den Stimm- und Taschenbändern eingekeilt in den Ventrikeln lag. Die Schleimhaut des Infundibulum ist geröthet. Da die Extractionsversuche vom Munde aus vergeblich waren, so ist man gezwungen, seine Zuflucht zur Laryngotomia inter-cricothyreoïdea zu nehmen, welche auch von Péan im Hospital St. Louis ausgeführt wurde. Der Kranke genas nach 20 Tagen. E. J. MOURE.

66) **Polherat. Fremdkörper im Kehlkopf. (Corps étranger du larynx.)** *Société anat. Paris. 8. Juli 1887.*

Es handelte sich um eine alte Frau, bei welcher ein Stück Fleisch in den Kehlkopf eingedrungen war und den sofortigen Tod herbeiführte.

E. J. MOURE.

67) **J. F. Thompson. Entfernung einer Spitzklette aus dem Larynx mittelst Tracheotomie. (Cockle-bur removed by tracheotomy.)** *Journal of the American Medical Association. 1. October 1887.*

Es ist dies der vierte Fall dieser Art, welcher berichtet wird.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

68) **Auché. Fremdkörper des Kehlkopfs. (Corps étranger du larynx.)** *Société d'anat. de Bordeaux in Journal de méd. de Bordeaux. 6. August 1887.*

Es handelt sich um ein Viertel einer Orange, welche in den Kehlkopf gelangte und den Kranken tödtete, bevor man ihm Hülfe bringen konnte.

E. J. MOURE.

69) **G. Chiene. Larynx, einen Fremdkörper enthaltend. (Larynx containing a foreign body.)** *Edinburgh Medical Journal. October 1887.*

Demonstration eines Kehlkopfes, welcher ein Stück einer Nussschaale enthält. M'BRIDE.

70) **G. D'Urso. Tracheotomie wegen Fremdkörper. (Tracheotomia per corpo estraneo.)** *Giornale internazionale delle scienze mediche. Fasc. VII. 1887.*

Einem alten Mann waren ungekaute Fleischstücke in die Trachea gerathen. Verf. machte die Tracheotomie in extremis. Er musste die Operation wiederholt unterbrechen, um die künstliche Athmung einzuleiten. Nach Eröffnung der Luftröhre hustete Pat. den Fremdkörper aus. KURZ.

71) **R. M. Simon** (Birmingham). **Fremdkörper im rechten Bronchus, Tracheotomie. Heilung. (Foreign body in the right bronchus, tracheotomy. Recovery.)** *Brit. Med. Journal p. 1153. 26. November 1887.*

Ein 6jähriger Knabe wurde in später Nacht in's Krankenhaus gebracht mit der Angabe, dass er an Husten leide und einen schweren Anfall von Athemnoth gehabt habe. Am vorhergehenden Nachmittag habe er einen Pflaumenstein ver-

schluckt, der einen heftigen Hustenanfall hervorgerufen hatte. Bei der Aufnahme war die Athmung geräuschvoll, die Stimme stridulös und zuweilen zeigte sich Husten. Bei der Percussion fand sich eine leichte Dämpfung an der rechten Lungenbasis und geringes Rasseln ebendaselbst.

Am nächsten Morgen bestand völlige Dämpfung mit Fehlen jedes Athemgeräusches. Am 4. Tage hatte er Nachmittags einen schweren Anfall von Athemnoth, der über 6 Minuten dauerte. Da Symptome von linksseitigem Lungenödem und von Collaps der rechten Basis auftraten, so konnte man die Tracheotomie nicht länger aufschieben. Als man nach der Operation eine eingeölte Feder in die Trachea einführte, erfolgte ein heftiger Hustenstoss, der den Stein herausschleuderte. Die Canüle wurde bis zum nächsten Morgen liegen gelassen, zu welcher Zeit Patient sich ganz wohl fühlte, die Luft frei in die Lungenbasis einströmte und jede Dämpfung geschwunden war. A. E. GARROD.

72) L. A. Hawkes (Birmingham). **Fremdkörper im Bronchus. (Foreign body in bronchus.)** Sitzung der Midland Medical Society. *Lancet. p. 1271. 24. December 1887.*

Ein tödtlich verlaufener Fall, bei dem ein Schwanzwirbel eines Kaninchens in dem zum Oberlappen führenden Bronchus gefunden wurde. Die linke Lunge war sehr collabirt und in einem Zustand der croupösen Pneumonie.

Patient war ein Kind von 1 Jahr 11 Monaten.

Es wurde zwar die Tracheotomie gemacht, doch waren alle Versuche, den Fremdkörper zu dislociren, vergeblich. A. E. GARROD.

73) R. N. Sorett und J. C. Munro. **Eine Besprechung der Resultate von 327 Fällen von Tracheotomie, ausgeführt in dem Boston City Hospital von 1864—1887. (A consideration of the results in 327 cases of tracheotomy, performed at the Boston City Hospital from 1864—1887.)** *International Journal of the Medical Sciences. Juli 1887.*

Eine sehr werthvolle Analyse der Fälle, welcher man jedoch in einem Auszug nicht gerecht werden kann. M'BRIDE.

74) H. T. Gill. **Bericht über Tracheotomie. (Report on tracheotomy.)** *Kansas City Medical Record. December 1887.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

75) K. Mc'Leod (Calcutta). **Tracheotomie. (Tracheotomy.)** *Indian Med. Gazette. Juli 1887.*

Kurze Notiz über 7 Tracheotomien aus verschiedenen Ursachen, wie Oedem, Syphilis, Krebs und Diphtherie. A. E. GARROD.

76) Scot Skirving (Sydney). **Tracheotomie. (Tracheotomy.)** *Brit. Med. Journ. p. 887. 22. October 1887.*

Eine Discussion in der New South Wales Section der British Medical Association. A. E. GARROD.

77) **Butz** (Petersburg). **Die prophylactische Tracheotomie und Tamponade der Trachea.** *Petersburger med. Wochenschrift. No. 40. 1887.*

Butz hat bei einer Oberkieferresection statt des Trendelenburg'schen Apparates ein Verfahren angewandt, das er bei Annandale in Edinburg kennen gelernt hat und welches er bei der prophylaktischen Tracheotomie sehr empfiehlt. Sein Apparat besteht aus der inneren Canüle der dicksten Guttapercha-Tracheotomieröhre, aus einem einen Fuss langen Gummirohre, welches über den beweglichen Ring gestülpt wird. Dasselbe wird mit einem festen Seidenfaden, dessen Enden lang bleiben, fixirt; aus einem Trinkglase, an dessen Boden mit Chloroform getränkte Watte zu liegen kommt und aus einem Säckchen aus dünnstem Gummistoff mit Jodoformmarly lose ausgefüllt; das Säckchen ist mit einem festen Faden versehen. Sobald die Trachea eröffnet ist, wird die Canüle bis an den Ring eingeführt und mit den Enden des Seidenfadens an den Wundrändern fixirt. Beim Narcotisiren wird das offene Ende des Rohres in das Glas geleitet und über dem mit Chloroform durchtränkten Wattebausch gehalten. Nach eingetretener tiefer Narcose wird der Rachen sorgfältig mit einem entsprechenden Säckchen ausgefüllt, der aditus ad laryngem verlegt. Dieses Verfahren hat die Vorzüge der Verhinderung des Bluteintritts in die Luftwege, der Möglichkeit einer freien Athmung und einer gefahrlosen und bequemen Narcose. LUNIN.

78) **Chas. Scott Watson** (London). **Tracheotomie und Lufteinblasung zur Behandlung scheintodt geborener Kinder. (Tracheotomy and inflation in the treatment of stillborn children.)** *Lancet. 16. Juli 1887.*

Eine Frau von 29 Jahren wurde am 5. Januar 1887 von ihrem zweiten Kind (ein Knabe) entbunden und zwar mit der Zange. Als der Kopf herausbefördert war, wurde der Mund vom Schleim gereinigt, und das Kind machte ein bis zwei vergebliche Athemversuche. Als die Entbindung beendet war, war das Kind bleich und collabirt, aber der Puls schlug kräftig und in Zeiträumen von ca. $^1/_4$ Minute machte es kräftige Respirationsanstrengungen. W. versuchte einen Catheter in die Trachea einzuführen, aber vergebens; ebenso versagten Lufteinblasungen von Mund zu Mund. Als das Kind fast im Sterben lag, wurde schnell die Tracheotomie gemacht. Blutung trat nicht ein. Hierauf wurde ein elastischer Gummicatheter No. 6 in die Trachea gebracht und Luft hineingeblasen. Obwohl alle Sorgfalt angewendet worden war, um das Entweichen von Luft um den Catheter zu verhüten, und dem Kinde Nase und Mund zugehalten wurden, so entwich doch stets die Luft. Die Exspiration wurde durch Druck unterstützt. Es wurde alsdann etwas Schleim und Meconium mit dem Catheter aufgesogen. In langen Zwischenräumen traten spontane Inspirationen auf, und die Herzaction begann sich zu bessern. Als danach die künstliche Respiration $^1/_2$ Stunde lang fortgesetzt wurde, trat eine tiefe spontane Inspiration ein, gefolgt von einigen flacheren, und eine Stunde nach der Geburt athmete das Kind ganz frei. Einige Zeit lang befand es sich ganz wohl. 18 Stunden nach der Geburt wurde die Wunde, da sie nur für den Luftzutritt bestimmt war, während tiefer Respiration mit Nadeln geschlossen.

23 Stunden nach der Geburt hustete das Kind, würgte ein wenig und, obwohl die Wunde wieder geöffnet wurde, starb es.

Bei der Autopsie, die sich auf die Lungen und Luftwege beschränkte. zeigte es sich, dass Ateleotase die Todesursache war, da die Lungen nur zum Theil gebläht waren.

W. glaubt, dass mit einer besser für die Trachea passenden Röhre ein genügend starker Luftdruck hätte erzeugt werden können, um die Lungen aufzublasen. A. E. GARROD.

79) **Chas. E. Jennings** (London). **Tracheotomie und Lufteinblasung zur Behandlung scheintodt geborener Kinder. (Tracheotomy and inflation in the treatment of a stillborne child.)** *Lancet. 23. Juli 1887.*

Mit Beziehung auf Watson's Arbeit (Lancet, 16. Juli) behauptet J., dass die Asphyxie bei Neugeborenen daher komme, dass während der Inspirationsanstrengungen die Epiglottis wie ein Ventil sich über den Larynxeingang lege und dadurch den Luftzutritt zu den Lungen verhindere. Er betont, dass dies leicht erwiesen werden könnte, wenn man den Hals eines Hundes unter der Narcose untersuche. Er giebt eine Abbildung einer Zange, welche er construirt hat, um die Epiglottis in diesen Fällen zu lüften; ein Verfahren, welches uns der Nothwendigkeit zu tracheotomiren überhebt. A. E. GARROD.

80) **Chas. Scott Watson** (London). **Tracheotomie und Lufteinblasung zur Behandlung neugeborener Kinder. (Tracheotomy and inflation in the treatment of stillborne children.)** *Lancet. 6. August 1887.*

In Erwiederung auf Jennings' Ansicht erklärt W., dass die Ventilwirkung der Epiglottis nicht die Ursache der Störung in diesem Falle sein könne. Denn er habe die Epiglottis mit seinem Finger nach vorwärts gehalten, als er den Catheter einzuführen versuchte. Er glaubt, dass die Verstopfung der Trachea und des Larynx mit Meconium und Schleim die Hauptursache wäre. Er hält die künstliche Respiration nicht für ein auf alle Fälle befriedigendes Verfahren bei neugeborenen Kindern. A. E. GARROD.

81) **Charles Chittenden** (Ramsgate). **Tracheotomy und Lufteinblasung zur Behandlung scheintodt geborener Kinder. (Tracheotomy and inflation in the treatment of stillborne children.)** *Lancet. 13. August 1887.*

In Hinweis auf W. Watson's Arbeiten berichtet C. das Verfahren, welches er adoptirt hat. Der Körper des Kindes wird ganz und gar mit Spiritus eingerieben. ein paar Tropfen, verdünnt, werden in den Mund gegossen. Heisse Schwämme werden an das Herz, den Kopf und die Wirbelsäule abwärts applicirt. Nachdem der Mund gereinigt ist, wird die Wärterin angewiesen, ihren Mund dicht an den des Kindes zu bringen und die Lungen anzublasen, inzwischen wird die directe künstliche Respiration unterhalten. A. E. GARROD.

82) **F. Schrakamp** (Stuttgart). **Drei seltenere Fälle von Tracheotomie.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 35. S. 650. 1887.*

Aus den 100 Fällen von Tracheotomie, die in den Jahren 1885 und 1886 meist wegen Croup und Diphtherie in der Olgaheilanstalt in Stuttgart ausgeführt wurden, theilt Schr. folgende drei mit: 1. Wegen eines acuten, nicht näher aufgeklärten Processes auf dem Boden der chronischen Laryngitis bei einem

2jährigen Kinde mit Ausgang in Heilung. 2. Wegen Athemnoth bei einem 9 Jahre alten Kinde, das einen Kürbiskern eingeathmet haben wollte. Der Fremdkörper wurde nicht gefunden, auch nicht ausgehustet; der Fall ging in Heilung über. Schr. nimmt an, dass der Kern allmälig zerfallen und in unsichtbaren Partikeln ausgehustet worden sei. 3. Wegen eines Retropharyngealen Abscesses, der, wie die Section ergab, von tuberculösen Lymphdrüsen ausging.

B. FRAENKEL.

83) **Philippeaux** (Saint Savinien). **Bronchotomie. Beitrag zum Studium und zur Ausübung der besten Verfahren bei derselben. Cricotracheotomie und Juxtacricoidtracheotomie bei Kindern, Intercricothyroidtracheotomie bei Erwachsenen und Jünglingen. Leichte Ausführbarkeit mit den von Dr. Philippeaux angegebenen Instrumenten. (Bronchotomie. Contribution à l'étude et à la pratique de ses meilleurs procédés. Crico-trachéotomie et trachéotomie juxta-cricoïdienne sur les enfants. Laryngotomie intercrico-thyroïdienne sur les adultes et adolescents. Execution facile avec les engins du Dr. Philippeaux.)** *Annales et Bulletin de la Société de Médecine d'Anvers. Juli und August 1887.*

Eingehendere Ausführung dieses vom Autor schon öfter bearbeiteten Themas und wiederholte Empfehlung seines Tracheotoms mit Dilatator-Conductor-Handgriff.

BAYER.

84) **J. Crawford Renton** (Glasgow). **Ein Fall von Tracheotomie. (Case of tracheotomy.)** *Lancet. p. 958. 12. November 1887.*

Ein Kind von 17 Monaten wurde zu R. mit der Klage über Symptome von Laryngitis, aber ohne Husten gebracht. Das Kind war seit 6 Tagen unwohl. Es bestand weder Drüsenschwellung, noch Exsudation auf den Rachen oder die Mandeln.

Einige Tage darauf hatte es einen schweren, krampfhaften Anfall und man dachte an die Tracheotomie. Als nach 5 Tagen die Dyspnoë bedrohlicher wurde, eröffnete man die Trachea mit unmittelbarer Besserung. Das Kind befand sich drei Tage hindurch wohl, als ein Abscess in der Trachea sich öffnete und den Tod herbeiführte. Nach dem Tode fand man ein Stück einer Brochenadel zwischen Trachea und Oesophagus liegen. Die weitere Untersuchung ergab, dass an dieser Stelle eine Abscesshöhle sich befand, welche in die Trachea durchgebrochen war.

Das Kind, welches die Gewohnheit hatte, Alles in den Mund zu stecken, hatte wahrscheinlich die Nadel verschluckt, während es mit der Broche der Mutter spielte. An der Broche fehlte die Nadel seit 3 Monaten. A. E. GARROD.

85) **Gersuny** (Wien). **Ein federnder Doppelhaken zur Erleichterung der Tracheotomie.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 52. 1887.*

Zwei $1^1/_2$ Ctm. breite Uhrfedern, welche vorne stumpfe Haken tragen, sind hinten durch Oesen verschiebbar verbunden, so dass der Umfang von 32 bis 25 Ctm. verkürzt werden kann und daher für Kinder verschiedenen Alters passt. Man kann mit Hilfe dieses Hakens wenigstens einen Assistenten ersparen, wie das Gersuny in 8 Fällen erprobte. G. hält seinen Haken für besser als den Bose'schen.

CHIARI.

86) **W. A. Garrard** (Rotherham). **Ruptur der Trachea, allgemeines Emphysem. Tod. (Rupture of the trachea, general emphysema and death.)** *Brit. Medical Journal. p. 1159. 26. November 1887.*

Ein 8jähriges Mädchen stiess beim Fallen mit dem Hals auf eine scharfrandige Schiefertafel, welche am Halse hing. Es trat in Folge dessen eine emphysematöse Schwellung auf, welche sich über den ganzen Körper ausbreitete, selbst bis in die Finger und Zehen. Wenige Minuten nach ihrer Aufnahme in's Krankenhaus starb sie. Die Section wurde nicht gestattet, doch konnte man gerade unterhalb des Ringknorpels eine deutliche Einsenkung fühlen.

A. E. GARROD.

87) **W. B. Hadden** (London). **Tuberculöse Ulceration der Trachea. (Tubercular ulceration of trachea.)** *Transactions of the Pathological Society of London. Vol. 38. p. 89. 1887.*

Nur die Intensität der Ulceration, die vielfach die Trachealknorpel blossgelegt hatte, ist erwähnenswerth. Sonst nichts Besonderes. SEMON.

88) **Charles J. Renshaw** (Manchester). **Geschwür der Trachea. (Ulcer of trachea.)** *Brit. Med. Journal. p. 998. 5. November 1887.*

Eine kurze Notiz über einen Fall von perforirendem Trachealgeschwür mit peritrachealem Abscess. Die Milz war in Folge von Wechselfieber sehr geschwollen und enthielt, ebenso wie die Leber, Krebszellen. Gummata fanden sich nicht vor.

A. E. GARROD.

89) **Robert Lucas** (Dalkeith). **Syphilitisches Gumma in der Trachea, erfolgreich mit grossen Dosen Jodkalium behandelt. (Case of syphilitic gumma situated in the trachea, successfully treated by large doses of jodide of potassium.)** *Brit. Medical Journal. p. 1378. 27. December 1887.*

Eine Frau in mittleren Jahren, welche vor ca. 11 Jahren Syphilis acquirirt hatte, begann über heftige Schmerzen in der Trachea, gerade unterhalb des Larynx zu klagen. Zeitweilig hatte sie Athemnoth, leichten Husten und etwas Auswurf.

Das Laryngoscop zeigte einen Tumor, welcher fast das ganze Lumen der Trachea unterhalb der Stimmbänder einnahm und offenbar von der vorderen Wand ausging. Da L. diesen Tumor für ein Gumma hielt, so verordnete er Jodkali in Dosen von 0,3 und Inhalationen. Irgend welche andere Symptome von Syphilis waren seit vielen Jahren nicht vorhanden gewesen. Da innerhalb eines Monats keine Veränderung eintrat, so wurde Patientin Mc. Bride zugeschickt, welcher die Diagnose bestätigte und den Fortgebrauch von Jodkalium in grossen und steigenden Dosen empfahl. Zu dieser Zeit hatte der Tumor im Centrum ein käsiges Aussehen.

Man gab jetzt einen Monat lang Dosen von 0,75 und hierauf einen weiteren Monat 1 Gr. pro dosi. In dieser Zeit schwand der Tumor und Mc. Bride fand nur eine kleine Strictur der Trachea mit deutlicher weisslicher Verfärbung der vorderen Wand, entsprechend den beiden ersten Ringen, dem wahrscheinlichen Ausgangspunkt des Tumors.

A. E. GARROD.

90) **H. Maudsley** (London). **Ulceration der Trachea und Ruptur der Aorta. (Ulceration of the trachea and rupture of the aorta.)** *Transactions of the Pathol. Society of London. Vol. 38. p. 89. 1887.*

Geschwür ziemlich obscuren Charakters in der Leiche einer 42jährigen Frau, ca. 1 Zoll unterhalb des Ringknorpels an der Seiten- und Hinterwand der Trachea entdeckt. Unterhalb des etwa thalergrossen Geschwürs, in dessen Grunde zwei necrotische Knorpel blosliegen, und nach vorn von demselben ist die Trachea in irreguläres Narbengewebe (!) verwandelt, an dessen unterer Grenze nahe an der Bifurcation sich eine Perforation befindet, die mit einem schmalen Spalt in der atheromatösen Aortenwand communicirt. In der Perforationsstelle befindet sich ein Thrombus. Die Lymphdrüsen zu den Seiten der Trachea sind etwas vergrössert. — Die Patientin hatte seit 7 Monaten an pulmonären Symptomen und seit 3 Monaten an Dyspnoë, stridulösem Husten, Orthopnoë und reichlicher eitriger Expectoration gelitten. 4 Tage vor dem Tode wurde das Sputum blutig. Sie starb asphyktisch, nicht an Hämorrhagie. Für Syphilis war nicht der geringste Anhaltspunkt vorhanden. Dagegen fand sich purulente Bronchitis und Bronchiectasie. In der linken Lungenspitze fand sich eine käsige, wallnussgrosse Masse. Das Microscop erwies den tuberculösen Charakter derselben. Sonst fanden sich nirgends Tuberkel. Der Larynx war gesund. [Es dürfte sich doch wohl um tertiäre Syphilis der Trachea gehandelt haben. Ref.] SEMON.

91) **M. Lunoewitsch** (Tiflis). **Syphilitische Trachealstenose. (sifilitetscheskoe suschenie trahei.)** *Prat kawkos med. ob. No. 11. 1887.*

Demonstration der Trachea eines an Asphyxie verstorbenen Syphilitikers. Die Trachea war 1 Ctm. über der Bifurcation so verengt, dass die Verengerung kaum einen Gänsekiel passiren konnte. Diese Verengerung war durch eine strahlige Narbe entstanden und die Knorpelringe fehlten an dieser Stelle vollkommen. Der kleine Theil der Trachea unterhalb der Narbe und die grossen Bronchien waren deutlich erweitert. LUNIN.

92) **A. Sokolowski** (Warschau). **Ueber syphilitische Tracheal- und Bronchostenose. (O zwęzeniu przymiotowem tchawicy i oskrzeli.)** *Gazeta lekarska. No. 35 u. 36. 1887.*

Verf. beschreibt 2 Fälle von syphilitischer Erkrankung der Trachea und der Bronchen, die unter dem Bilde der Posticus-Lähmung auftraten und, wie dies in einem Falle durch die Section nachgewiesen werden konnte, durch Druck vergrösserter Lymphdrüsen auf die Nn. recurrentes bedingt waren. Die praedominirenden Symptome bildete eine inspiratorische Dyspnoë, die zur Tracheotomie zwang. Die Anfälle traten gewöhnlich in der Nacht am heftigsten auf und waren durch Schleimansammlung und erschwerte Expectoration von Borken bedingt. Stimme rein, Stimmbänder in constanter Phonationsstellung. Trotz Tracheotomie ging Patient 2 Wochen später unter suffocatorischen Erscheinungen zu Grunde. Die Section des 19jährigen Patienten zeigte hochgradige Verdickung und Narbenbildung in der ganzen Trachea und den Hauptbronchen, neben flacheren und tieferen Geschwüren. Die mikroscopische, von Dr. Przewoski ausgeführte

Untersuchung zeigte in der dreifach verdickten Trachealwand eine kleinzellige, diffuse Infiltration, Granulationsgewebe und knotenförmige Infiltrate um die Schleimdrüsen, ferner Substanzdefecte an den am meisten infiltrirten Stellen. Die Bronchen waren mit festen Schleimpfropfen obturirt, unterhalb war eine bedeutende Ansammlung von Schleim und Borken constatirt worden.

Patient litt höchst wahrscheinlich an hereditärer Lues, worauf die Anamnese und eine ähnliche Erkrankung, an der seine 12jährige Schwester gestorben war, hinwies.

Der zweite Fall betrifft einen 56jährigen Mann, der an Dyspnoë litt, Stenosenerscheinungen bot, mit tiefen, aus dem Zerfall von Gummaknoten entstandenen Geschwüren am Thorax behaftet war und im Larynx das Bild der Posticus-Lähmung zeigte. Nach der Tracheotomie verliess der Kranke das Hospital, ohne Erleichterung in seiner Dyspnoë erlangt zu haben, und starb ein paar Tage später an Lungenblutung.

Verf. stellt auch in diesem Falle, trotz Mangel der Autopsie, die Diagnose auf syphilitische Tracheo- oder Bronchialstenose, weil das Krankheitsbild dem vorigen Fall ähnlich war, die Veränderungen in den Lungen unbedeutend waren und dennoch der Husten von Anfang an bestand, ferner weil die Dyspnoë trotz Tracheotomie fortdauerte, wahrscheinlich also auch hier durch Verstopfung der Bronchen mit Borken und Schleim bedingt war. Die Blutung führt S. auf Arrosion eines grösseren Gefässes der Trachea zurück. HERYNG.

93) **W. Lublinski** (Berlin). **Ueber einen Fall von Trachealstenose und die erfolgreiche Behandlung derselben durch Katheterismus der Luftröhre.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 37. S. 689. 1887.*

Der Fall betrifft einen 19jährigen Mann, der in seinem zweiten Lebensjahre wegen Diphtherie tracheotomirt wurde und von seinem vierten Jahre an langsam zunehmenden, schliesslich sehr erheblichen Strictor zeigte. In der Gegend des 8. Knorpelringes zeigte sich eine Verengerung der Trachea bis auf 4 Mm. Durchmesser, die Verf. auf eine Vernarbung eines diphtherischen Geschwürs bezieht. Er bougierte dieselbe mit Erfolg per vias naturales, indem er einen rechtwinkelig gebogenen Catheter, später ein Rectumbougie einführte. Der Kehlkopf wurde cocainisirt; eine Cocainisirung der Trachea hält Verf. für unnöthig. Ausserdem hat L. in den letzten Jahren noch 4 Fälle von Trachealstenose in derselben Weise behandelt, und zwar ein syphilitisches Diaphragma nach Spaltung desselben, und drei Fälle von comprimirendem Kropf. Er lässt das Instrument immer nur 5 Minuten lang liegen. Im Anschluss berichtet er über einen Fall von Granulationsstenose der Trachea nach Tracheotomie. Letztere war wegen eines im Kehlkopf festsitzenden, verschluckten Gebisses ausgeführt worden. Die Trachealwunde heilte schon nach 8 Tagen und doch bildete sich eine grosse, eine Stenose bedingende Granulationsgeschwulst aus, die schliesslich durch äussere Operation entfernt werden musste. B. FRAENKEL.

94) **Zemann-Schrötter** (Wien). **Sarcom der Trachea.** Demonstration in der Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 25. Nov. 1887. *Anzeiger. No. 30. 1887.*

Es handelt sich um einen wallnussgrossen, höckerigen Tumor der hinteren

Trachealwand, welcher merkwürdig wenig Athembeschwerden machte. Der 50jährige Kranke (Frommer) starb nicht an Suffocation, sondern an einer Broncho-Blennorrhoe.

Schrötter giebt die Krankheitsgeschichte dieses Falles: 1867 entfernte er $^{2}/_{3}$ des damals noch grösseren Tumors intra-laryngeal mit einer Hakenzange und den Rest durch eine parenchymatöse Injection von Ferrum sesquichloratum. 1869 wurde eine Recidive in derselben Weise beseitigt. Eine neue Recidive 1879 sollte von aussen nach Eröffnung der Trachea operirt werden, wozu sich der Kranke nicht herbeilassen wollte. Er wurde von dem Tumor nicht allzusehr belästigt und liess sich in den laryngologischen Cursen demonstriren. Schrötter und Zemann erwähnen noch eines zweiten Falles von Sarcom der Trachea; der Kranken wurde von einem anderen Arzte eine Injection von Liquor ferri in den Tumor gemacht; der Erfolg war aber da sehr unglücklich, da die Kranke sofort erstickte. Rokitansky machte die Section und fand ein Sarcom der Trachea. Schrötter und Zemann machen auf die grosse Seltenheit der Trachealsarcome aufmerksam. Der Referent erwähnt eines weiteren Falles von Trachealsarcom an der vorderen Wand; er fand dasselbe bei einer Kranken der Klinik Bamberger's; Professor Billroth entfernte den Tumor nach Spaltung der Trachea; es war ein Spindelzellensarcom. CHIARI.

95) **R. Virchow** (Berlin). **Demonstration von Trachealkrebs.** *Berliner klinische Wochenschrift. No. 49. S. 933. 1887.*

Es handelt sich um ein Präparat von primärem, ulcerirendem Krebs der Trachea, deren Wand und Nachbartheile in dem mittleren Abschnitt, 5 Ctm. unterhalb des Aditus ad laryngem und 3,5 Ctm. oberhalb der Bifurcation und zwar mehr auf der linken Seite bedeutend angeschwollen sind. Durch die Ulceration ist in Folge Dehiscenz der Alveolen eine Durchlöcherung der Schleimhaut ohne papilläre Wucherung entstanden. Oesophagus und Schilddrüse frei. In der Umgebung geschwollene Drüsen oder secundäre Knoten. Eruption metastatischer Knoten in den Lungen. Die Structur des Krebses hat etwas Eigenthümliches, insofern als sich polymorphes, kleinzelliges Epithel vorfindet, welches in Lymphcanälen ähnlichen Strängen angeordnet ist.

Gerhardt, von dessen Abtheilung das Präparat stammt, giebt im Anschluss an die in der Berl. med. Gesellschaft stattfindenden Demonstration die Krankengeschichte des Falles. Eine 38 Jahr alte Bauersfrau, die sonst immer gesund gewesen war, bekam im Sommer 1886 Athemnoth, die sich immer mehr steigerte, und zu der sich im Frühjahr 1887 Husten hinzugesellte. Die Stimme war nach Aussage der Kranken heiser geworden; sonst unverändert, während sie gewöhnlich bei Trachealstenose besonders in der Höhe umfangärmer wird. Am 22. September kam sie auf Gerhardt's Klinik. Eine kleine Verdickung in der Mitte des Halses in der Jugulargrube wurde für eine Struma angesprochen. Die stenosirte Stelle der Trachea konnte in der Höhe des Knorpelringes gesehen werden. Ein Stridor konnte bei der Exspiration, mehr bei der Inspiration über dem Manubrium Sterni gefühlt werden. Darreichung von Jodeisen, Bougieren der Trachea blieb ohne Erfolg. Es musste die Tracheotomie gemacht werden;

und die Kranke ging schliesslich marastisch und dyspnoisch zu Grunde. Besonders aus der Abmagerung trotz guter Ernährung hatte G. in diesem Falle die Strictur der Trachea als eine krebsige diagnosticirt. Er macht als ein in Zukunft zu benutzendes, differentiell diagnostisches Moment darauf aufmerksam, dass hier das Leiden mit Athemnoth begonnen habe und Husten sich erst später eingefunden habe, während bei den syphilitischen Stenosen gewöhnlich ein irritatives Stadium die Krankheit einleite. B. FRAENKEL.

96) **W. Pasteur** (London). **Schnell tödtliche Haemoptysis in Folge von Ulceration eines grossen Astes der Pulmonalarterie bei einem Kinde. (Rapidly fatal haymoptysis from ulceration of a large branch of the pulmonary artery in a child.)** *Transactions of the Pathol. Society of London. Vol. 38. p. 91. 1887.*

Des complicirten Falles, hinsichtlich dessen genauer Beschreibung auf das Original verwiesen werden muss, wird hier nur gedacht, weil es wahrscheinlich gemacht wird, dass den Ausgangspunkt der Cavernenbildung, die zum Tode führte, eine verkäsende Bronchialdrüse bildete. SEMON.

97) **Lauriston Shaw** (London). **Localisirte Bronchiectasis durch das Eindringen einer verkäsenden Bronchialdrüse in einen Bronchus bedingt. (Localised bronchiectasis caused by the invasion into a bronchus of a caseating bronchial gland.)** *Transactions of the Pathol. Society of London. Vol. 38. p. 90. 1887.*

Der Titel giebt das Wesentliche der kurzen Beschreibung wieder. Der Patient war ein 2jähriger, an congenitaler Syphilis leidender Knabe, der mit heftiger Dyspnoë und Fieber in Guy's Hospital aufgenommen wurde und dort an einer Lungenentzündung in der Peripherie der bronchiectatischen Stelle starb. SEMON.

98) **Hanot** (Paris). **Erkrankung der Cervico-Tracheobronchialdrüsen, Perforation des Oesophagus und der Trachea. Septicämie des Darmkanals, graue Pneumonie in den Unterlappen beider Lungen. (Adénopathie cervico-tracheo-bronchique, perforation de l'oesophage et de la trachée, Septicémie intestinale, Pneumonie grise des lobes inférieurs des deux poumons.)** *Arch. géner. de méd. September 1887.*

Beobachtung eines 22 Jahre alten Individuums, welches im Hospital St. Antoine starb. Aus dem Titel geht der Inhalt der Beobachtung hervor.
E. J. MOURE.

99) **Grancher** (Paris). **Erkrankungen der Tracheo-bronchialdrüsen. (Les adénopathies trachéo-bronchiques.)** *Revue mens. des mal. de l'enfance. Januar 1887.*

Bei Gelegenheit der Krankengeschichte eines an dieser Affection leidenden tuberculösen Kindes betont G. den Respirationsmodus in diesen Fällen. Die Inspiration ist nicht frei, sondern vollzieht sich in einer Art wellenförmiger Bewegung. Es giebt Drüsenaffectionen, so meint der Autor, ohne Symptome; andere, die Asthma vortäuschen, während in anderen Fällen Dysphonie und selbst Rauhigkeit der Stimme vorhanden ist. Endlich giebt es andere Kranke, wo die einseitige Schwächung der Respiration das einzige Symptom der Krankheit ist. E. J. MOURE.

100) **Vincent. Alte Oesophagotrachealfistel bei einer tuberculösen Frau. (Fistule oesophago-trachéale ancienne chez une femme tuberculeuse.)** Société anatom. de Bordeaux in *Journal de méd. de Bordeaux. 24. Juli 1887.*

V. zeigte die Präparate der Kranken, welche während des Lebens keinen Erstickungsanfall gehabt hatte.

Arnozan glaubt, da die Lungen tuberculös erkrankt und die Trachea ulcerirt war, dass es sich um eine tuberculöse Fistel handele. E. J. MOURE.

f. Schilddrüse.

101) S. R. Fraser (Edinburgh). **Ein Fall von Morbus Basedowii, operirt im Jahre 1877. (A case of exophthalmic goitre operated on in 1877.)** *Edinburgh Med. Journal. October 1887.*

In einer Sitzung der Medico-Chir. Soc. wurde die Patientin vorgestellt. Sie war von Lister wegen Würgens, Dyspnoë etc. verbunden mit Exophthalmus und schnellem Puls (130) operirt worden. Fünf Tage nach der Operation fiel der Puls auf 72 und die unregelmässige Herzaction verschwand. Gleichzeitig wurde der Exophthalmos in wenigen Wochen verkleinert. 8 Monate später litt Patientin während einer Menstruationsperiode an allgemeinen Krämpfen, die einige Stunden andauerten. Während eines Zeitraums von 2 oder 3 Jahren war jetzt jede Periode von Krampfanfällen begleitet, welche jedoch nicht mit Bewusstlosigkeit verbunden waren. Fraser verweist auf die Krampferscheinungen, welche, bei Hunden und Affen, verbunden mit Myxoedem auftreten nach Exstirpation der Schilddrüse. In diesem Fall war kein Anzeichen von Myxoedem, obwohl die Patientin leider phthisisch war. Die Schilddrüse schien nicht ganz entfernt worden zu sein, was durch Prof. Chiene, welcher bei der Operation zugegen war, bestätigt wird. M'BRIDE.

102) R. Norris Wolfenden (London). **Ein neues Zeichen für die Diagnose der Basedow'schen Krankheit. (A new point in the diagnosis of Graves' disease.)** *Practitioner. December 1887.*

W. beweist durch die Resultate einer Anzahl von Experimenten, dass bei der Basedow'schen Krankheit der Widerstand gegen den Durchtritt eines elektrischen Stromes durch den Körper bedeutend herabgesetzt, und dass hierdurch ein Hilfsmittel für die Diagnose dieser Krankheit gegeben ist. Dieses Symptom ist bereits in den ersten Stadien, wo die Diagnose oft schwierig ist, sehr ausgesprochen, während es beim gewöhnlichen Kropf fehlt. Man muss, um die Widerstände des Körpers vergleichen zu können, so genau als möglich in jedem einzelnen Fall dieselben Zustände herstellen; auch müssen die Elektroden stets auf die entsprechenden Stellen der Oberfläche applicirt werden. A. E. GARROD.

103) V. Pensuti. **Ueber einen Fall von Morbus Flajani. (Sopra un caso di morbo del Flajani.)** *Dalla Clinica Baccelli. — Rivista Clinica. No. 2. 1887.*

Es wird die Priorität der Beschreibung der als Morbus Basedowii bekannten Krankheitsform für den Italiener Flajani vindicirt. Die Krankheit ist für Baccelli

unbestimmter Natur, obwohl nothwendiger Weise ein Einfluss des Sympathicus angenommen werden muss. Abgesehen von der nothwendigen roborirenden Diät ist das souveräne Mittel Bromcampher. Die Kranke, um die es sich handelt, bekommt 1,5 Grm. täglich. KURZ.

104) **M. Colman Collins** (Nottingham). **Ueber die Beziehung von Geisteskrankheiten zur Basedow'schen Krankheit. (On the relation of insanity to exophthalmic goitre.)** *Lancet. 8. Januar 1887.*

C. beschreibt einen interessanten Fall von Basedow'scher Krankheit, der durch schwere Melancholie complicirt war. Nach einem Monat verlor sich die Melancholie, Spuren von Geistesschwachheit zurücklassend. Die Basedow'sche Krankheit blieb in Statu quo. A. E. GARROD.

105) **Paton** (Greenock). **Ein Fall von Myxoedem. (Case of myxoedema.)** *Glasgow Med. Journal. December 1887.*

Nachdem Verf. die Literatur über diesen Gegenstand sorgfältig besprochen hat, berichtet er schliesslich sehr eingehend eine eigene Beobachtung. In seinem Falle war von der Schilddrüse nichts zu fühlen. Obwohl die Arbeit nichts ganz Neues enthält, so ist sie doch bei ihrer Kürze so inhaltreich, dass sie verdient, im Original gelesen zu werden. M'BRIDE.

106) **Ujfalusy** (Debreczin). **Ueber das Myxo-Oedem.** *Orvosi Hetilap. No. 37 u. 38. 1887.* Excerpt in *Pester med. chir. Presse. No. 44 u. 45. 1887.*

U. theilt 2 Fälle mit, die Mann und Frau betrafen, und zwar so, dass zuerst die Frau und bald darauf der Mann erkrankte. Diese 2 Fälle weichen aber von dem typischen Bilde in folgenden Punkten ab: 1. Der Speichelfluss stellte sich frühzeitig ein. 2. Es traten ausgeprägte Fieberanfälle auf, die von dem Anschwellen verschiedener Körpertheile gefolgt waren. 3. Die Schilddrüse war empfindlich und beim Manne vergrössert. 4. Die Frau starb schon nach 8 Monaten. 5. Es fehlte die hochgradige Depression des Gemüthes, die den Kranken blöd macht.

Ausserdem stellte sich eine Pharyngitis ein, die mit Parese der Rachenmuskeln endete. Das Fieber und die Schilddrüsenschwellung führt U. auf den acuten Verlauf zurück, der im Gegensatze zu den bisher beobachteten chronischen Fällen deutlich hervortrat. Als Aetiologie liess sich eine Erkältung eruiren. U. glaubt daher, dass die Krankheit entzündlicher Natur sei, zwei Stadien hat, nämlich ein acutes febriles und ein chronisches afebriles, mit hochgradiger Störung des Nervensystems einhergehend, dass die Schilddrüse dabei betheiligt ist, und endlich dass möglicher Weise eine Infection die erste Ursache ist. [Sollte es sich in der That in diesen Fällen um Myxoedem gehandelt haben? Red.] CHIARI.

107) **M. Handfield-Jones** (London). **Fall von Myxoedem. (Case of myxoedema.)** *Brit. Med. Journal. 1887.*

Demonstration der 49jährigen Patientin vor der Harveian Society of London am 20. October 1887. Die Schilddrüse war anscheinend nicht atrophisch. Bemerkenswerth war die den Erscheinungen des Myxoedems um fast 6 Jahre vorausgehende hochgradige Menorrhagie, die J. auch in anderen Fällen von Myxoedem beobachtet hatte. SEMON.

108) **Savill** (London). **Myxoedem.**
109) **Beevor** (London). **Myxoedem (?).** } *Brit. Med. Journal. 3. December 1887.*

Demonstrationen der Patienten vor der Medical Society of London am 28. Nov. 1887. Der Savill'sche Fall, welcher einen 30jährigen Mann betraf, war einfach typisch. — In dem Beevor'schen Falle handelte es sich nach des Referenten Ansicht, der sich auch Dr. Bristowe anschloss, wahrscheinlicher um stabiles Oedem. SEMON.

110) **John R. Lunn** (London). **Ein Fall von Myxoedem. (A case of myxoedema.)**

111) **A. H. Robinson. Ein Fall von sporadischem Cretinismus mit Myxoedem. (A case of sporadic cretinism with myxoedema.)**

112) **A. Davies. Ein Fall von Myxoedem bei einem Manne. (A case of myxoedema in a male.)**

113) **A. Davies. Ein Fall von Myxoedem. (A case of myxoedema.)** *Transactions of the Clinical Society of London. Vol. XX. 1887.*

In den sämmtlichen Fällen von Myxoedem, welche im Laufe der Session 1886—1887 der Clinical Society vorgeführt wurden, war keine Spur der Schilddrüse durch Palpation zu finden. Weitere Details müssen im Original nachgelesen werden. SEMON.

g. Oesophagus.

114) **Rudolf Frank** (Wien). **Strictura oesophagi. Dilatation nach Gastrotomie.** Demonstration in der Sitzung der Gesellschaft der Aerzte vom 2. December 1887. *Anzeiger. No. 31. 1887.*

Hochgradige Strictur nach Laugenvergiftung machte die Gastrotomie nöthig. Hierauf wurde nach Maydl eine dünne Sonde durch die Speiseröhre eingeführt, das Sondenende bei der Magenfistel herausgezogen und mit einem doppelten Faden armirt, der beim Zurückziehen der Sonde nachgeschleift als Führung bei der Anwendung stärkerer Sonden liegen blieb. In kurzer Zeit (10 Tagen) war die Strictur für Sonde XXII. leicht durchgängig, worauf die Magenfistel sich bald schloss. In derselben Weise wurden zwei weitere Oesophagusstricturen in 15 resp. 10 Tagen dilatirt. Dr. Hochenegg wendete dasselbe Verfahren bei einer narbigen Rectumstenose an. CHIARI.

115) **J. Lionel Stretton** (Kidderminster). **Gastrostomie in einem Fall von maligner Strictur des Oesophagus. (Gastrostomy in a case of malignant stricture of the oesophagus.)** *Lancet. 16. Juli 1887.*

Patient war ein Mann von 57 Jahren. Die Operation wurde in der gewöhnlichen Weise ausgeführt, der Magen wurde nicht einzeitig eröffnet. Drei Tage nach der Operation war Patient so collabirt, dass man sich entschloss, den Magen zu öffnen, aber bevor dies ausgeführt werden konnte, starb der Patient, offenbar an Erschöpfung.

Die Autopsie ergab ein kleines Gewächs ungefähr von der Grösse einer Wallnuss, gerade unterhalb des Niveaus des Ringknorpels, welches scirrhös war.

Die Behandlung mit Bougies war versucht worden, aber ohne Erfolg und die Operation war als letzte Zuflucht auf den dringenden Wunsch des Patienten unternommen worden. A. E. GARROD.

116) Mc Carthy (London). **Ein Fall von Gastrostomie wegen Oesophagusstenose mit glücklichem Ausgang. (A case of gastrostemy for oesophageal obstruction with successful result.)** *Lancet. 29. October 1887.*

Patient, ein Mann von 47 Jahren, litt seit etwa 13 Wochen an Schluckbeschwerden. Versuche, ein Bougie einzuführen, schlugen fehl, da auch das dünnste Instrument ca. 6 Ctm. vom Beginn des Oesophagus festgehalten wurde. Es wurde daher eine senkrechte Incision durch die Scheide des linken Rectus abdominis gemacht, die Fasern derselben mit dem Messergriff getrennt und ein senkrechter Schnitt von ca. 4,5 Ctm. Länge durch das hintere Lager der Scheide und das Peritoneum geführt. Als man durch die Wunde den Finger einführte, fühlte man einen harten Knoten auf der Oberfläche der Leber. Der Magen wurde in der üblichen Weise befestigt und am 5. Tage eröffnet. Die frühzeitigen Injectionen von Flüssigkeiten verursachten dem Patienten zwar Schmerzen, doch machte er eine gute Genesung durch, und sein Allgemeinbefinden war 5 Monate nach der Operation ein sehr gutes. A. E. GARROD.

117) J. Collis Warren. **Ein Fall von Gastrostomie wegen Krebs des Oesophagus. (A case of gastrostomy for cancer of the oesophagus.)** *New-York Med. Record. 5. November 1887.*

Die Oesophagusstenose war die Folge von Krebs, welcher die Wände ca. 6 Ctm. vom Anfang des Oesophagus infiltrirt hatte. Der Durchmesser des Kanals war an der erkrankten Stelle auf etwa 1 Ctm. verengt. Die Oberfläche war in ausgedehnter Weise exulcerirt. Von der oberen Partie des erkrankten Oesophagus erstreckte sich ein fistulöser Gang in eine kleine umschriebene Höhle der Pleura nach hinten und an die Innenseite der rechten Lungenspitze. Eine andere fistulöse Verbindung bestand zwischen der unteren Partie des Oesophagusgeschwürs und der Trachea. Der Krebs hatte die Körper der beiden oberen Rückenwirbel ergriffen.

Patient überlebte die Operation vier Monate. LEFFERTS.

118) R. J. H. Scott (Bath). **Maligne Erkrankung des Oesophagus; Erleichterung durch Gastrostomie. Tod 28 Tage nach Eröffnung des Magens. (Malignant disease of the oesophagus; relief by gastrostomy. Death 28 days after the stomach was opened.)** *Lancet. p. 711. 8. October 1887.*

Patientin war eine Frau von 61 Jahren mit maligner Erkrankung des Oesophagus und Schwellung der Halsdrüsen. Die Operation bietet nichts Neues dar. In seinen Bemerkungen betont S., dass die Gastrostomie sobald vorgenommen werden sollte, wenn der Patient ausser Stande ist, Festes zu schlucken. Er zieht diese Operation der Catheterisirung des Oesophagus vor, welche den ulcerativen Process zu beschleunigen geneigt ist. Er meint, dass die Operation von geringem Nutzen ist, wenn der Patient so erschöpft ist, dass eine unmittelbare Ernährung nach der Operation nothwendig ist. A. E. GARROD.

119) C. E. Hoar und J. Knowles (Maidstone). **Strictur des Oesophagus, Gastrostomie. Tod 4 Monate nach der Operation. (Stricture of oesophagus, gastrostomy. Death four months after the operation.)** *Lancet. 20. August 1887.*

Patient war ein Mann von 60 Jahren. In der Brust fand man nichts Abnormes; aber bei der Auscultation über den Halswirbeln hörte man, dass der Durchtritt von Flüssigkeiten durch den Oesophagus verzögert wurde. Ein Bougie mittleren Umfangs wurde an der Cardia des Magens festgehalten. Da der Gebrauch der Oesophagussonde keine dauernde Besserung lieferte, da ferner der Bronchialreiz offenbar dadurch zuzunehmen schien, so entschloss man sich, die Gastrostomie zu machen. Die Operation wurde in der gewöhnlichen Weise ausgeführt, nur dass der Magen mit zwei Hasenschartennadeln befestigt wurde. Die Enden der Wunde, welche zu lang war, wurden mit Nähten vereinigt. Am 5. Tage wurde der Magen punktirt und ein kleines Drainrohr eingeführt und an der Bauchwand befestigt. Hierauf wurde eine Hasenschartennadel herausgezogen. Es bestand ein starker Ausfluss aus der Wunde im Magen, und es wurde daher am 7. Tage ein Stück eines elastischen Katheters an Stelle des Drains eingelegt. Zwei Tage darauf kam eine kleine Tracheotomiecanüle aus Hartgummi an deren Stelle. Der Magen war gut mit der Bauchwand vereinigt, aber es bestand eine Furche zwischen ihnen am unteren Ende der Incision, die bald granulirte.

Die in den Magen injicirte Nahrung wurde vermehrt. Am 19. Tage wurden die ernährenden Klystiere, die er seit der Operation erhalten hatte, ausgesetzt und der Patient auf ein Sopha gebracht.

Der Patient starb vier Monate nach der Operation, und bei der Autopsie fand man, dass die Strictur oberhalb der Cardia sass und 7,5 Ctm. lang war. Nur die obere Oeffnung liess eine Sonde ein, der Kanal war sinuös und an der hinteren Wand war etwas Ulceration.

Es war seinem Charakter nach ein Scirrhus, welcher den Ductus thoracicus ergriffen hatte.

Die Oeffnung in dem Magen lag in der Mitte zwischen der grossen und kleinen Curvatur, 12 Ctm. vom Pylorus und $10^1/_2$ Ctm. von der Cardia entfernt.

Der Magen war fest mit der Bauchwand verwachsen; die Adhäsionen waren mehr als $^3/_4$ Ctm. dick. Die Basis der linken Lunge war im Zustand der rothen Hepatisation, ausserdem bestanden etwas pleuritische Adhäsionen.

Die feste Fixirung des Magens durch Hasenschartennadeln war in diesem Falle sehr werthvoll, da Patient an einem sehr lästigen Husten litt.

A. E. GARROD.

120) Berg (Stockholm). **Zwei Fälle von Gastrostomie. (Tvaa fall af gastrostomie.)** *Svenska Läkare-Sällskapets Förhandlingar. p. 140. Hygiea. Juli 1887.*

Es handelt sich im ersten Falle um einen 84jährigen Mann, der wegen Impermeabilität des Oesophagus gastrostomirt wurde. Er starb am nächsten Tage und als Ursache der Obstruction der Speiseröhre wurde ein Divertikel gefunden. Dasselbe bildete einen 7 Ctm. langen Blindsack, der von dem obersten Theile des Oesophagus, gerade am Introitus mit einer 12 Millimeter weiten Oeffnung entsprang und in dem retrooesophagealen Bindegewebe verlief. Es hatte

in den letzten 18 Jahren allmälig zunehmende Schwierigkeiten beim Schlucken hervorgebracht. Der Patient konnte nicht in Gesellschaft mit Anderen essen, weil er besondere Manipulationen mit dem Halse vornehmen musste, um die Speise hinunter zu bringen. Die eingeführten Sonden blieben stets in der Höhe der Apertura thoracis stecken. Ein vor längerer Zeit consultirter Arzt hatte die Diagnose „Divertikel" gestellt.

Der zweite Fall war der eines 37jährigen Negers, eines Akrobaten, der wegen zunehmender Schwierigkeiten beim Schlucken gastrostomirt wurde. Tod am nächsten Tage. Bei der Obduction wurde Folgendes gefunden: Gerade wo der Oesophagus den linken Bronchus passirt, zeigt sich eine thalergrosse ringförmige Ulceration mit infiltrirten Rändern. Das Geschwür hat in den Bronchus perforirt. In dem Umfange der Ulceration werden harte, nicht ulcerirte Knoten entdeckt. Pneumonische, theilweise gangränöse Herde wurden in beiden Lungen vorgefunden. SCHMIEGELOW.

II. Briefkasten.

Personalia.

Wir haben unseren Lesern von verschiedenen Personalveränderungen Mittheilung zu machen, welche sich im Kreise der Mitarbeiter des Centralblatts vollzogen haben. Neu eingetreten sind die Herren Seifert (Würzburg) als dritter Mitarbeiter für Deutschland, Góngora und Sentinon (Barcelona), welche sich bereits in dieser Nummer durch den warmen Nachruf an ihren verstorbenen Landsmann Ariza einführen, für Spanien, und Cardone (Neapel) für Italien. Letzterer tritt an Stelle des Collegen Kurz, welcher zu unserem lebhaften Bedauern aus unserem Kreise scheidet, weil ihm das zur Berichterstattung erforderliche Material nicht in genügendem Umfange zu Gebote steht. Unter diesen Umständen können wir seinem Wunsche, seine Stellung einem literarisch günstiger situirten Collegen abzutreten, nichts Triftiges entgegensetzen. Wir wollen ihn aber nicht scheiden lassen, ohne ihm für die ausgezeichnete Thätigkeit, die er vier Jahre hindurch in uneigennützigster Weise für unser Blatt entfaltet hat, unseren herzlichsten Dank auszusprechen, und wir sind sicher, dass dieser Dank ihm gleichzeitig im Namen aller unserer Leser ausgedrückt werden darf.

S. M. der Deutsche Kaiser und König von Preussen hat Sir Morell Mackenzie das Comthurkreuz des Hohenzollern'schen Hausordens mit dem Stern, Mr. Mark Hovell den Kronenorden zweiter Klasse und Dr. Hermann Krause das Prädicat Professor verliehen.

Dr. Scanes Spicer (London) ist zum Vorstand der Abtheilung für Halskrankheiten am Londoner St. Mary-Hospital ernannt worden.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang IV. Berlin, Juni. 1888. No. 12.

I. Referate.

a. Allgemeines, Aeusserer Hals, Therapeutisches etc.

1) **N. Simanowski** (Petersburg). **Laryngologische Bemerkungen für das Lehrjahr 1885/86. (Laryngologitcheskia sametki sa 1885/86 utschebni god.)** *Wratsch. No. 49—52. 1887.*

Die Zahl aller zur Behandlung gelangter Kranken betrug 786, davon 534 Männer und 252 Frauen. 32 Patienten wurden stationär behandelt.

Auf die Erkrankungen des Kehlkopfs kamen 553 Fälle, darunter waren 2 Fälle von Erysipelas laryngis, Tuberculosis laryngis 59 und Syphilis des Kehlkopfs 35. 24 Mal wurden Neubildungen im Kehlkopf beobachtet; 4 davon waren Carcinome. Von diesen dauerte die Krankheit seit ihrem Beginn bis zum Exitus letalis einmal 9 Monate, in einem Falle 1 Jahr, die beiden letzten Fälle entzogen sich der Beobachtung.

Von den Kehlkopfkrankheiten finden wir noch verzeichnet Neurosen des Kehlkopfs 15 Fälle, Paraesthesien 10, ein Fall bei einem Tabiker.

Von Fremdkörpern im Kehlkopf sind 2 Fälle notirt. Eine Fischgräte in der Fossa pyriformis und eine Nussschale im Kehlkopf. (Dieser Fall ist schon sehr ausführlich von Jacubowitsch beschrieben und in diesem Centralblatt referirt.)

Von den Erkrankungen des Pharynx sind unter anderen angeführt 3 Fälle von Peritonsillitis phlegmonosa, Hypertrophia tonsillaris 20 Fälle, Erysipelas pharyngis 2 Mal.

Die hintere Rachenwand wurde bei 366 Patienten erkrankt gefunden (hier sind auch die Fälle mitgezählt, wo diese Erkrankung nur als Complication vorlag); bei den meisten Fällen war auch der Nasenrachenraum erkrankt. Auf diese so häufige Erkrankung macht Verf. besonders aufmerksam und spricht sich dahin aus, dass die catarrhalische Erkrankung des Nasenrachenraums eine Eigenthümlichkeit des Petersburger Klima's bilde, worin ihm Ref. vollkommen beistimmt.

Erkrankungen der Nasenhöhlen kamen 274 Mal zur Beobachtung, darunter 210 mit chronischer Schwellung und Hypertrophie der Corpora cavernosa, 11 Fälle von Polypen der Nasenhöhlen. adenoide Vegetationen 7 Fälle, Bronchialasthma bei chronischer Hypertrophie der Nasenschleimhaut 6 Fälle.

Von anderen Krankheiten wären noch zu nennen Rhinoscleroma der Nase und des Pharynx 1 Fall, Lichen ruber planus des Körpers, des Pharynx und des Larynx 1 Fall und Ueberkreuzung der Aryknorpel beim Singen 6 Fälle.

Ein Fall von chronischem Malleus der Nase bei einem Veterinärärzte ist genauer beschrieben; die Krankheit kam Anfangs zur Heilung, später trat ein Recidiv auf.

Tracheotomirt wurden 3 Patienten, mechanische Erweiterungen des Larynx wurden 3 Mal angewandt, 2 Mal mit gutem Erfolge.

Galvanokaustisch wurden 6 Patienten mit Kehlkopfleiden und 20 mit Erkrankungen der Nasenhöhlen behandelt. In 4 Fällen von Bronchialasthma brachte die galvanokaustische Behandlung der Nasenhöhle schnelle Besserung.

Am Schlusse dieses fleissig zusammengestellten und zum Theil interessanten Jahresberichtes finden wir eine tabellarische Zusammenstellung von 16 Fällen gutartiger Neubildungen im Kehlkopf mit Notizen über die vollführten Operationen. Operirt wurde meist mit der kalten Schlinge. LUNIN.

2) **Urbantschitsch** (Wien). **Ueber den Einfluss einer Sinneserregung auf die übrigen Sinnesempfindungen.** Vortrag in der Gesellschaft der Aerzte. Sitzung vom 21. October 1887. *Anzeiger. No. 25. 1887.*

U. stellte Untersuchungen an über die sogenannten Doppelempfindungen (Nussbaumer, Bleuler und Lehmann) und constatirte zunächst, dass Gehörs- und Gesichtserregungen die Geschmacks- und Geruchsempfindungen beeinflussen, theils nach Quantität, theils nach Qualität. Aehnliches gilt auch von den anderen Sinnesempfindungen. Ferner wies er nach, dass Gehörs-, Geruchs-, Tast- und besonders Geschmacksempfindungen subjective Farbenempfindungen (Photismen) hervorrufen. In Bezug auf Details muss auf das Original verwiesen werden. CHIARI.

3) **G. Hunter Mackenzie** (Edinburgh). **Tuberculöse Erkrankung der oberen Luftwege. (Tubercular disease of the upper air-passages.)** *Journal of Laryngology. März 1887.*

M. bespricht im Beginn seiner Arbeit die tuberculöse Laryngitis und weist darauf hin, dass jüngst viele Fälle veröffentlicht wurden, wo bei der Section eine primäre Erkrankung des Larynx festgestellt wurde.

Er theilt die beim Larynx vorkommenden Veränderungen in Infiltration, Ulceration und Tumoren ein; letztere werden ausführlich besprochen.

Die tuberculöse Erkrankung des Schlundes, Rachens und der Nase ist weit weniger bekannt als die des Larynx.

Im Pharynx und Mund ist die Erkrankung fast stets eine secundäre; jedoch sind in den Tonsillen und im weichen Gaumen primäre tuberculöse Erkrankungen angetroffen worden.

Die secundäre tuberculöse Erkrankung des Pharynx ist nicht ungewöhnlich; sie ist selten miliar, sondern zeigt gewöhnlich die ulcerative Form.

In der Zunge, welche gewissermassen der Lieblingssitz der tuberculösen Erkrankung ist, nimmt diese die Form von Geschwüren oder begrenzten Tumoren an, welche allmälig im Centrum erweichen.

Man hat tuberculöse Geschwüre der Lippen, des Zahnfleisches und der Wangenschleimhaut beobachtet. Diese Geschwüre sind besonders geneigt, an verwundeten oder abgeschabten Stellen aufzutreten.

Nasentuberculose ist nicht so selten, als man gewöhnlich vermuthet.

Syphilitische Erkrankung der Luftwege kann in Verbindung mit Tuberculose vorkommen.

M. legt besonderen Nachdruck auf die Wichtigkeit der Bacillen behufs Diagnose der Tuberculose. Er weist ferner auf die Jugend vieler der Patienten hin, welche an tuberculöser Erkrankung der Luftwege leiden.

Der Autor citirt viele Schriften über diesen Gegenstand. Sein Artikel ist sehr lesenswerth. A. E. GARROD.

4) **J. Norris Wolfenden** (London). **Die Behandlung der Phthisis. (The treatment of phthisis.)** *Journal of Laryngology. Juli 1887.*

In dieser Arbeit bespricht W. hauptsächlich Bergeon's Behandlungsweise mit Gasinjectionen in's Rectum. A. E. GARROD.

5) **L. Fitz Patrick** (New South Wales). **Grosser Cystentumor des Halses; vollständige operative Entfernung desselben. Heilung. (Large cystic tumour of the neck; complete removal by operation. Recovery.)** *Australasian Medical Journal. August 1887.*

Der Titel bezeichnet den Inhalt. Es handelte sich um eine grosse, 36:30 Ctm. messende Cyste, welche sich quer von der Schilddrüse zum Ohrläppchen erstreckte. Patientin war eine junge, 20jährige Frau. Sie hatte ihren Tumor erst vor drei Jahren bemerkt; seit ihrer vor zwei Jahren stattgehabten Verheirathung war derselbe bedeutend gewachsen. A. E. GARROD.

6) **Tansini** (Pavia). **Exstirpation eines voluminösen Lymphosarcoms des Halses, Resection der Carotis communis und der Jugularis interna. (Estirpazione di un voluminoso linfo-sarcoma del collo, resezione della carotide primitiva e della giugulare interna.)** *Edit. Rechiedei. 1887.*

Der Titel besagt Alles. F. CARDONE.

7) **Brichetti. Lymphadenom des Halses. (Linfoadenoma del collo.)** *Mailand. 1887.*

Nichts Neues. F. CARDONE.

8) **R. S. Skirving** (Sydney). **Verschluss des Duct. Stenonianus mit Veränderung der Secretion der Parotis. (On obstruction of Stenson's duct and altered parotid secretion.)** *Australasian Medical Gazette. August 1887.*

S. berichtet zwei Fälle, bei welchen das Orificium des einen oder beider Duct. Stenon. verstopft war. In dem einen Fall war dies die Folge einer Entzündung durch den Druck der Haken eines künstlichen Gebisses; in dem zweiten die Folge einer Gewohnheit, sich in die Wange zu beissen. Die Ausmündungen wurden mit günstigem Erfolge aufgeschlitzt. Durch die Stenose hatte sich der Charakter des Parotissecretes erheblich verändert. A. E. GARROD.

6) G. Usiglio (Triest). **Doppelseitige metastatische Parotitis als Complication eines Typhus. (Parotite bilaterale metastatica quale complicazione d'un ileotifo.)**

Ein interessanter Fall, besonders hinsichtlich der Diagnose. Patient, 27 Jahre alt, zeigte alle Symptome des Ileotyphus. Er hatte aber, ausser der doppelseitigen Parotis, auch Abscesse im Thorax und in anderen Körpergegenden, welche eine Pyämie sehr wohl annehmen liessen. F. CARDONE.

10) Francesco Cardone (Neapel). **Sublimatinjection in gummöse Infiltrationen. (Iniezioni di sublimato corrosivo negli infiltrati gommosi etc.)** Neapel. 1887.

C. hat in Fällen von gummöser Infiltration der Nase, der Zunge und des Halses mit schnellem Erfolge Sublimatinjectionen in die Basis der Infiltrationen gemacht. F. CARDONE.

11) Alvin (Mont-Dore). **Jodoform gegen Dysphagie. (Emploi de l'iodoforme dans les dysphagies.)** *La Loire méd. No. 9. 15. Juli 1887.*

A. empfiehlt eine Lösung von Jodoform in Ol. amygd. dulc., parfümirt mit Essenz von Amygd. amar. zur Bepinselung der tuberculösen Geschwüre und eventuell zum Verschlucken. E. J. MOURE.

12) Duchesne. **Die wichtigsten Verwendungen des Cocaïn in der Therapie. (De la cocaïne, ses principales applications en thérapeutique.)** *Thèse. Paris. 1887.*

Allgemeine Besprechung der Frage. Nichts Neues. E. J. MOURE.

13) William Milligan (London). **Ein Fall von tödtlicher Vergiftung mit Salpetersäure. (Case of fatal poisoning by nitric acid.)** *Lancet. 10. Sept. 1887.*

Patientin war eine 30jährige Frau; die genommene Menge konnte 30 Grm. nicht überschritten haben.

Die Lippen und das Zahnfleisch waren kreideweiss, auf dem Kinn war ein gelblicher Streifen; die Zunge hatte einen blassgelblichen Belag. A. E. GARROD.

14) Descroizilles (Paris). **Glottisoedem, Oesophagitis, acute Gastroenteritis durch den Genuss sehr heisser Bouillon bei einem jungen Menschen. Tod. (Oedème de la glotte, oesophagite, gastro-entérite aigue par injection de bouillon très-chaud chez un jeune sujet. Mort.)** *Gaz. des hôpitaux. 27. October 1887.*

Der Titel zeigt an, um was es sich handelt. E. J. MOURE.

15) Guido Cavazzani (Tarent). **Narbige Larynxstenose, improvisirte Bronchotomie; Laryngofissur und plastische Operation der Stimmbänder. Heilung. (Laringostenosi cicatriziale, broncotomia improvisa; laringefessura e plastica delle corde vocali.)** *Lo Sperimentale. Januar 1887.*

Der Titel besagt Alles. Es handelte sich um einen Mann, der, um sich das Leben zu nehmen, sich vorn in den Hals geschnitten hatte. Die sehr bemerkenswerthe Operation stellte die Function des Stimmorgans wieder her. F. CARDONE.

16) **Porter Wornum** (London). **Bemerkungen über einen Fall von entschlossenem Selbstmord nebst einigen Punkten von forensischem Interesse. (Notes on a case of determined suicide involving points of medico-legal interest.)** *British Med. Journal. 1. October 1887.*

Patientin hatte sich ihren Hals so kräftig durchschnitten, dass sie fast die Trachea abgetrennt hatte und sich darauf schwere Wunden an den Armen beigebracht. Die Beschaffenheit der Wunden war eine solche, dass, wenn W. nicht selbst gesehen hätte, wie sie sich die Wunden an ihren Armen bei seinem Kommen beibrachte, er zu der natürlichen Annahme gelangt wäre, dass ein Anderer ihr die Verletzungen zugefügt habe. A. E. GARROD.

17) **Voltolini** (Breslau). **Ueber electrolytische Operationen.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 27. S. 590. 1887.*

Ausführliche Wiedergabe des in der Section für Chirurgie auf der Naturforscher-Versammlung in Berlin gehaltenen Vortrages. V. hat electrolytische Nadeln construirt, die nahe neben einander liegen, so dass der Strom nicht mehr durch gesunde Gewebe geleitet werden muss, vielmehr nur die Geschwulst durchdringt. Da diese Nadeln Entzündung erregen und in das Gewebe eindringen, V. auch einen Patienten mit Fibrom des Nasenrachenraums an Meningitis verlor, die durch die Electrolyse veranlasst wurde, construirte V. electrolytische Zangen und Pincetten, auch electrolytische Schneideschlingen. Letztere arbeiten vollkommen unblutig. Die Instrumente sind bei Brade in Breslau zu haben.

B. FRAENKEL.

18) **Mermod** (Yverdon). **Die Electrolyse zur Behandlung einiger Haut- und Schleimhautleiden. (L'électrolyse dans le traitement de quelques affections de la peau et la muqueuse.)** *Revue méd. de la Suisse romande. No. 2. 1887.*

Ein recht begeistertes Lob der electrolytischen Methode auf unserem Gebiete. Die drei auserlesenen Fälle waren eine ulceröse Rhinitis unbestimmter Natur, ein Cancroid im Augenwinkel und eine membranbildende Entzündung der Schleimhaut der Nase und des Rachens, welche alle drei jeder anderen Behandlung widerstanden hatten, aber durch die Electrolyse in zwei bis vier Sitzungen geheilt wurden. JONQUIERE.

19) **Gust. Killian** (Mannheim, jetzt Freiburg i. Br.). **Eine neue galvanokaustische Tauchbatterie.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 15. S. 310. 1887.*

K. giebt jetzt eine Beschreibung und eine Abbildung der Batterie, welche er auf der Naturforscher-Versammlung zu Berlin ausgestellt hatte. Dieselbe ist eine an einem Tischchen angebrachte Zink-Kohlen-Chromsäure-Batterie, die vermittelst eines Trittbretts in die erregende Lösung eingesenkt wird und sich selbst wieder daraus aushebt. K. glaubt dabei einer Vorrichtung zum Schliessen des Stromes am Handgriff entbehren zu können. B. FRAENKEL.

20) **C. S. Allen. Eine neue Schlinge und Ecraseur. (A new snare and écraseur.)** *Medical News. Philadelphia, 16. Juli 1887.*

Das wirksame Princip ist keine Schraube, sondern ein Hebel. Die Anwendung geschieht durch einen Schlittenapparat, welcher abwechselnd mit dem Mittel-

und Zeigefinger in Bewegung gesetzt wird. Es kann vollkommen mit einer Hand regiert werden, während die andere das Speculum oder den Spiegel hält und kein Theil des Instruments stört das Gesichtsfeld an dem zu operirenden Theil. Die Drahtschlinge kann schnell und fest um die Basis des Tumors zusammengezogen werden; man kann ohne Zeitverlust eine grosse Kraft anwenden und das Gewebe so schnell, oder so langsam, als wünschenswerth ist, durchschneiden. Die Enden des Drahts werden durch eine einfache Hebelbewegung schnell befestigt oder gelockert und gleiten nicht ab. Die Larynx- und postnasalen Röhren können in verschiedenen Winkeln befestigt werden, so dass die Hand die passendste Stellung zum Arbeiten hat. Das Instrument passt besonders zu Operationen, bei denen Schnelligkeit erforderlich ist. Die Enden der Röhren sind abgeflacht, so dass sie ein Verdrehen der Schlinge verhüten und den Operateur in den Stand setzen, die exacte Position des Drahtes zu wissen. Nach dem Durchschneiden kann der Schlitten gelockert und an seine frühere Stelle geschoben werden, indem man die Haken an jeder Seite mit Daumen und Zeigefinger rückwärts drückt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

b. Nase und Nasenrachenraum.

21) **Hopmann. Was ist man berechtigt, Nasenpolyp zu nennen?** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 6, 7, 8. 1887.*

H. begründet seine früheren Anschauungen resp. seine Eintheilung der Nasenpolypen von Neuem in ausführlicher Weise. Zunächst polemisirt er gegen die Bezeichnung der Schleimpolypen, oder, wie er sie nennt, der weichen ödematösen Fibrome, als Myxome; Schwanz- und Sternzellen, die stets in den Myxomen vorkommen, fehlen bei den weichen Fibromen vollständig; als Beweis gegen die myxomatöse Natur führt er ferner die Ansicht Köster's an, welcher die schleimige Erweichung auf ödematöse Durchtränkung der Grundsubstanz zurückführt. Bei der Benennung der Geschwülste entscheide stets der Hauptbestandtheil und nicht allenfallsige nebensächliche Dinge, deshalb sei es auch prognostisch wichtig, ob ein Kranker Polypen oder ähnliche so bezeichnete Tumoren habe. Die glatten polypoiden Hyperplasien der unteren Muscheln benenne man am besten Drüsenpolypen, weil das Auffallendste ihr Drüsenreichthum, cavernöses Gewebe und erweiterte Blutgefässe seien; ihr Gewebe ist dicht mit Zellen infiltrirt, die bindegewebige Stützsubstanz verdickend. Die papillären Wucherungen und Geschwülste der unteren Muscheln bezeichnet man am besten als Himbeerpolypen. Harte, übrigens sehr selten, und dann meist am Naseneingange vorkommende warzige Geschwülste nennt H. harte Papillome. Ferner kommen noch Angiome, Granulationspolypen und Hydatidenblasen vor. Die Schleimpolypen verursachen wegen ihres wechselnden Serumgehaltes auch wechselnde Beschwerden, die übrigen Geschwülste jedoch weniger. Die häufigen Recidiven der Schleimpolypen, selbst bei penibelster Entfernung, rühren von dem versteckten und unzugänglichen Sitze her; Papillome recidiviren seltener wegen ihrer leichter controlirbaren und zugänglichen Anheftung. Endlich hat H. beobachtet, dass Reflexneurosen bei polypoiden Hyperplasien und Papillomen häufiger vorkommen, als bei Schleimpolypen.

SCHECH.

22) **Berton. Beitrag zum histologischen Studium der Schleimpolypen der Nasenhöhlen. (Contribution à l'étude de histologique des polypes muqueux des fosses nasales.)** *Thèse de Paris. No. 221. 1887.*

Diese Studie bietet nichts Neues über diesen Gegenstand, der rücksichtlich seiner Pathogenese genügend bekannt ist.

B. nimmt an, dass ein entzündlicher Drüsenkern existire, welcher zuerst einen Spross treibe, worauf dieser sich abstiele, nachdem eine Schleiminfiltration in die Umhüllung des ursprünglichen Kerns stattgefunden habe. E. J. MOURE.

23) **G. V. Woolen. Ein seltener Fall von Hypertrophie und Nasenpolyp. (A rare case of hypertrophy and polypus of the naris.)** *Indiana Medical Journal. December 1887.*

Dieser interessante Fall zeigte die verschiedenen Stadien des catarrhalischen Processes bei ein und derselben Person: d. h. Hypertrophie auf der einen und Uebergang derselben in Atrophie auf der anderen Seite. Ferner bestand nicht proliferirende Ethmoiditis auf der einen, neben fortgeschrittener Atrophie und polypoider Degeneration auf der anderen Seite.

Die entfernten Massen gehören zu den grössten, über die berichtet wurde.
W. J. SWIFT (LEFFERTS).

24) **J. W. Bond (London). Einige Fälle von Schleimpolypen bei Kindern. (Cases of mucous polypus in the child.)** *Brit. Med. Journal. p. 1278. 10. Dec. 1887.*

B. berichtet über zwei Fälle von Schleimpolypen in ungewöhnlich frühen Jahren.

Der erste Fall betraf ein Mädchen von 15 Jahren, aus deren Nase ein grosser Polyp mit der Schlinge exstirpirt worden war. Derselbe ging offenbar von der concaven Fläche der mittleren Nasenmuschel aus. Nach der Anamnese ist anzunehmen, dass der Polyp wahrscheinlich seit dem 12 Jahre existirt.

Der zweite Fall betrifft ein 8 jähriges Mädchen, dessen Mutter den Polypen als eine weissliche, hinter der Uvula herabhängende Masse entdeckt hatte. Er wurde vom Mund aus mit einer Schlinge entfernt und erwies sich weisser und fester als gewöhnlich.

B. fügt der Arbeit einen Fall von einem grossen, in den Pharynx hinabreichenden Schleimpolypen bei. A. E. GARROD.

25) **Heurtaux (Nantes). Schleimpolyp der Nase. (Polype muqueux des fosses nasales.)** *Société anat. de Nantes. 13. Juli 1887.*

H. demonstrirt einen Schleimpolypen, welcher aus der rechten Nasenhöhle einer 54jähr. Frau entfernt worden war. Der Beginn des Polypen reicht 2 oder 3 Jahre zurück. Sein Umfang ist beträchtlich; er misst 7 Ctm. in der Länge und 28 Millimeter in der Breite. E. J. MOURE.

26) **Polosson. Schleimpolypen der Nasenhöhlen und ihre Behandlung. (Des polypes muqueux des fosses nasales et leur traitement.)** *La prov. méd. 8. Juli 1887.*

Klinische Vorlesung, die nichts Neues enthält. E. J. MOURE.

27) **Tsakyroglous** (Smyrna). **Zwei Fälle von Nasenpolypen.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 10. 1887.*

Der eine Fall betrifft eine breitbasige Neubildung am Septum, der andere Nasenpolypen mit reflectorischem Asthma. SCHECH.

28) **Vincenzo Cozzolino** (Neapel). **Zwei seltene Tumoren des Nasenrachenraums und der Nase. (Due rarissime tumori delle cavita naso-faringee o nasali.)** *Revista Clin. e Terap. Februar 1887.*

Es handelte sich um ein Papillom der rechten Nasenhöhle und ein Fibroma molluscum des Nasenrachenraums. Es sind bereits mehrere ähnliche Fälle veröffentlicht worden. F. CARDONE.

29) **Kemp P. Battle. Eine ingeniöse Methode zur Beseitigung der Nasenpolypen. (An ingenious method of removing nasal polypi.)** *New-Med. Record. 1. October 1887.*

In einem von ihm behandelten Fall hatte Verf. einige Schwierigkeit, die Drahtschlinge um einen Polypen zu legen, welcher von der Nase in den oberen Pharynxraum hineinragte. Seine „ingeniöse Idee“ wird folgendermaassen beschrieben:

Eine Gummiröhre, $^2/_3$ Mtr. lang und $^1/_4$ Ctm. im Durchmesser (Aussenmaass), enthält ein Stück eines noch längeren Platindrahts, so dass dieser von jeder Seite etwas hervorragt. Dieser wurde doppelt genommen und die dadurch entstandene Schlinge durch die Nasenhöhle in den Pharynx mittelst eines kleinen geraden Halspinsels geführt, dessen Haare so vertheilt waren, dass sie wie eine Gabel wirkten. Da die Gummiröhre wegen ihrer Elasticität und ihres grösseren Umfanges leichter zu handhaben ist, als der Draht allein, so war es nicht schwer, den Tumor mittelst des Fingers in die Schlinge zu bringen. Die Schlinge wurde dicht rings um den Stiel gezogen, das eine Ende des Drahts festgehalten und die Röhre langsam aus dem Nasenloch herausgezogen, indem sie allmälig über den Draht und das andere Ende desselben hinüberglitt, während der Draht an seiner Stelle verblieb. LEFFERTS.

30) **Garel** (Lyon). **Behandlung der Nasenpolypen mittelst galvanocaustischer Schlinge. (Traitement des polypes du nez au moyen de l'anse galvanocaustique.)** *Province méd. 29. October 1887.*

G. empfiehlt diese Methode zur Exstirpation der Schleimpolypen. E. J. MOURE.

31) **Ch. Goris** (Brüssel). **Wie soll man Nasenpolypen operiren? (Comment faut-il opérer les polypes du nez?)** *Presse médicale belge. 1887.*

Gegen die Zange gerichtet! BAYER.

32) **J. L. W. Thudichum** (London). **Ueber die Natur und Behandlung der Hypertrophieen und Tumoren der Nasen- und Rachenhöhle.** *Lancet. 27. August 1887.*

T. berichtet über eine Anzahl von Fällen, in denen die Patienten grosse Unbequemlichkeit in Folge von Schwellung der Nasenmuscheln hatten. In jedem Fall war die Abtragung des geschwollenen Theils mit dem Galvanocauter von grosser Er-

leichterung begleitet. Bisweilen wurde einseitig, bisweilen auf beiden Seiten operirt. In einzelnen Fällen fanden sich auch Polypen.

T. billigt nicht die oberflächliche Aetzung der Nasenhöhle. Er meint, dass die Localaffection und die sog. Reflexneurosen einer gemeinsamen Dyscrasie entspringen. Dass jedoch die Locallläsion eine Reizursache abgiebt, das wird bewiesen durch das Verschwinden oder die Milderung der Neurose nach deren Beseitigung.

T. rühmt den Galvanocauter in solchen Fällen sehr, ebenso zur Abtragung von Polypen. Denn die hierbei erzielten Resultate zeigen, dass jener der gewöhnlichen Drahtschlinge weit überlegen sei. A. E. GARROD.

33) **Sibthorpe (Madras). Lipom der Nase. (Lipoma of the nose.)** *Indian Med. Gaz. p. 316. October 1887.*

Ein 60jähriger Hindu wurde in's Krankenhaus aufgenommen mit fünf festen, weichen, schmerzlosen, pendelnden Tumoren der Nasenflügel, und zwar an der Grenze zwischen Haut und Schleimhaut. Dieselben waren an den Knorpeln frei beweglich.

Am Hals bestand eine Fettgeschwulst seit einem Jahre. Vor ungefähr acht Jahren hatte Pat. an Acne gelitten, die zeitweilig verschwand und wiederkam. Daran schlossen sich indurirte Knoten, die langsam und schmerzlos fortwuchsen. Die Tumoren wurden erfolgreich exstirpirt. A. E. GARROD.

34) **R. W. St. Clair. Lipom der Nase, durch Electrolyse geheilt. (A lipoma of the nose cured by electrolysis.)** *Medical Brief. Januar 1888.*

Der Tumor entsprang von der Spitze und der linken Nasenseite, war während seines Wachsthums schmerzlos und verschloss nahezu beide Nasenlöcher. Während dreier Wochen wurde jeden fünften Tag eine Sitzung abgehalten, und der Tumor ganz zerstört. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

35) **G. R. Mc Donagh. Rhinosclerom. (Rhinoscleroma.)** *Canadian Practitioner. September 1887.*

Resumé alles dessen, was über diese Affection bekannt ist.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

36) **Schultheiss. Ein Fall von Rhinosclerom.** *Archiv für klin. Medicin. Bd. 41. Heft 1 u. 2. 1887.*

Ausführliche Besprechung der Krankheit mit Mittheilung eines selbst beobachteten Falles. Patient, ein Schweizer, Schuster von Beruf, zeigte drei auffallende Tumoren im Gesicht, von denen der grösste mitten auf der rechten Nasenhälfte sitzt, während zwei andere kleinere symmetrisch zu beiden Seiten der Nasenwurzel gelegen, gleichsam die Stelle der Thränensäcke andeuten; auch der Nasenflügel ist resistenter, die linke Hälfte der Nase fühlt sich ähnlich an. Das häutige Septum am Ansatz an die Oberlippe verbreitert und vorspringend; Nasenhöhlen verengt, Einblick unmöglich. In der Mundrachenhöhle floride und regressive Veränderungen; am harten Gaumen ein grosser dunkelrother. scharf begrenzter Fleck, mit geschwellter, etwas prominenter Schleimhaut, am weichen Gaumen eine sehr ausgebreitete Verwachsung des Velum mit der hinteren und

seitlichen Pharynxwand; Uvula fehlt. Unterhalb der Stimmbänder eine enge Strictur, an den unteren Extremitäten Petechien. Die Krankheit begann vor 24 Jahren, die Tumoren in den Augenwinkeln bestanden über 15 Jahre, die innere Nase war seit 13—14 Jahren befallen, der Kehlkopf seit 8. Syphilis nicht vorhanden. SCHECH.

37) **M. Stukowenco** (Kiew). **Drei Fälle von Rhinoscleroma. (Tri slutschaja rhinoscleromi.)** *Med. obosr. No. 20. 1887.*

Der erste Fall war der einer 36 Jahre alten Frau. Die Krankheit hatte seit 14 Jahren bestanden und war verschiedenerseits als syphilitische Affection angesehen worden. Die Patientin entzog sich der Behandlung.

Im zweiten Fall, bei einem Manne von 39 Jahren, bestand die Krankheit seit 5 Jahren, hatte sich auf den Pharynx und die Oberlippe ausgebreitet und zeigte grosse Neigung zum Zerfall. Dieser Patient wurde mit Injectionen von 1 proc. Carbolsäurelösung behandelt; wo die Injectionen gemacht wurden (Nase und Oberlippe), besserte sich das Leiden zusehends, während es im Pharynx Fortschritte machte.

Der dritte Patient, ein Mann von 39 Jahren, hat sein Leiden seit 3 Jahren. Die Krankheit hatte sich noch nicht verbreitet und Patient war nach 14 Injectionen von 1 proc. Carbolsäurelösung fast vollkommen geheilt.

Die mikroscopische Untersuchung ergab in allen 3 Fällen die charakteristischen Rhinoscleroma-Bacterien und eine hyaline Degeneration der Zellen und der Intercellularsubstanz. LUNIN.

38) **Duret. Epitheliom der Nasenhöhle. (Epithélioma des fosses nasales.)** Soc. anat. clin. de Lille in *Journal des scienc. méd. de Lille. p. 207. 2. Juli 1887.*

Patient wurde zwar operirt, der Tumor recidivirte jedoch. Die Operation war spät ausgeführt worden. E. J. MOURE.

39) **Calmettes** und **Chatellier** (Paris). **Fibrosarcom der Nasenscheidewand. Operation, Heilung, histologische Untersuchung. (Fibro-sarcome de la cloison des fosses nasales. Opération, guérison, examen histologique.)** *Ann. des mal. de l'or. etc. März 1887.*

Patientin, eine Frau von 30 Jahren, hatte im Alter von 24 Jahren einen Nasenpolypen bemerkt, welcher die Nasenathmung störte und der bei der Untersuchung sich als ein beweglicher Tumor von dem Umfang eines starken Kirschkerns erwies. Er schien an der knorpeligen Nasenscheidewand zu sitzen. Die Operation wurde mit der galvanokaustischen Schlinge ausgeführt; die Heilung war eine vollständige.

Die Autoren bemerken, dass dieser Fall deshalb von Interesse sei, weil der Tumor gutartig war, während die meisten Autoren das Fibrosarcom als eine bösartige Geschwulst ansehen! Haben sie viele Untersuchungen gemacht, bevor sie eine solche Behauptung aufstellten? E. J. MOURE.

40) **Rafin** (Lyon). **Lupus der Nase. (Lupus du nez.)** *Soc. des sciences méd. de Lyon. 2. September 1887.*

R. stellt einen Kranken vor, der mit günstigem Erfolge, und zwar mittelst 80 proc. Milchsäureapplicationen behandelt wurde. E. J. MOURE.

41) T. Osborne Walker (Crick). **Eine Methode zur schnellen Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase. (A ready method of removing foreign bodies from the anterior nares.)** *Lancet. 17. September 1887.*

W. empfiehlt, die Nasenspitze zu erheben, und zwar mit zwei Fingern der linken Hand, alsdann mit der rechten Hand das löffelförmige Ende einer gewöhnlichen Taschensonde sorgfältig einzuführen. Der Fremdkörper kann dann durch eine einfache Hebelbewegung oder einen Ruck entfernt werden. Er beschreibt 1 Fall, in dem ein hoch oben im rechten Nasenloch eines Kindes eingekeilter Schuhknopf auf diese Weise glücklich entfernt worden war. A. E. GARROD.

42) W. Curran (Indische Armee). **Peenash oder Nasenwürmer. (Peenash alias vermes nasi.)** *Medical Press and Circular. 9. März 1887.*

C. beschreibt eine Affection, die sich fast ganz auf die niederen Klassen der Eingeborenen Indiens beschränkt. In eine, gewöhnlich syphilitisch erkrankte, Nase tritt eine Fliege ein, um daselbst ihre Eier zu legen, welche sich zu Maden entwickeln. In Folge dessen besteht ein constanter übelriechender Ausfluss; zuweilen tritt auch Epistaxis ein. Die Nase sinkt ein und wird ulcerös zerstört. Häufig haben auch die Patienten von der Einwanderung der Maden in die Siebbeinzellen zu leiden; bisweilen durchbohren die Larven den Gaumen und gelangen in den Mund. Manchmal enden die Fälle schnell tödtlich, offenbar in Folge von Meningitis; gewöhnlich gehen die Kranken allmälig zu Grunde.

Eine ähnliche Affection findet man bei den Kameelen, wo der Reiz des durch das Septum gelegten Stückchens Holz, an welches die Führungsschnur befestigt ist, einen Ausfluss hervorruft, welcher die Fliegen anlockt. A. E. GARROD.

43) F. A. Schmidt. **Ein weiterer Fall von Maden in der Nasenhöhle und im Pharynx. (An other case of maggots in the nasal cavity and pharynx.)** *Daniel's Texas Med. Journal. August 1887.*

Der Patient, eine Knabe von 10 Jahren, wurde bewusstloss mit blutig-serösem Ausfluss aus der Nasse vorgefunden. Die Tonsillen und die Uvula waren ödematös und der weiche Gaumen vorgewölbt. Es wurde eine Quantität Calomel in die Nase und hinter den weichen Gaumen eingeblasen, worauf innerhalb einer Stunde 187 Maden ausgetrieben wurden. Der Patient gewann sein Bewusstsein wieder. Hierauf wurde eine starke Mixtur von Chinin und Wasser verordnet, stündlich in die Nase einzuspritzen. Am nächsten Tage wurden weitere 84 Maden aus Nase und Mund ausgetrieben; ferner eine Anzahl in einer wässerigen Stuhlentleerung; im Ganzen über 300 Stück. Patient machte eine gute Genesung durch. — Es ist dies der zweite von Schmidt berichtete Fall; in dem ersten betrug die Zahl der Würmer 350. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

44) Good. **Eine Raupe in der Nase. (A caterpillar in the nose.)** *Lancet. 10. Sept. 1887.*

Eine Frau klagte über Schmerzen und Irritation in der Nase mit Verstopfung des rechten Nasenlochs. Einige Tage darauf entleerte sich eine blutig-eiterige Flüssigkeit. und beim Schnauben der Nase entfernte sie eine Raupe. ca. 3 Ctm. lang und 1½ Ctm. im Durchmesser.

Das Thier lebte mehrere Stunden, nachdem es aus der Nase entfernt wor-

den war. Das Nasenloch wurde mit einer Boraxlösung ausgespritzt. Die Hütte, in welcher die Patientin lebte, war dicht mit Schlingpflanzen bedeckt.

Die von G. gelieferte Beschreibung der Raupe entspricht der einer Motte (Cerura vinula), welche auf Weiden lebt. A. E. GARROD.

45) **Garel** (Lyon). **Adenoide Vegetationen. Krankenvorstellung. (Végétations adénoides. Présentation de malades.)** Soc. des sc. méd. de Lyon in *Province méd. 15. October 1887.*

Nichts Neues; typische Fälle. E. J. MOURE.

46) **W. A. Giles** (Adelaide, Australien). **Adenoide Vegetationen. (Postnasal vegetations.)** *Australasian Medical Journal. Juni 1887.*

Nichts Neues. A. E. GARROD.

47) **Bronner** (Leeds). **Adenoide Vegetationen im Nasenrachenraum. (Adenoid vegetations in the naso-pharynx.)** *Lancet. 11. Juni 1887.*

Kurze Notiz. Nichts Neues. A. E. GARROD.

48) **Segond** (Paris). **Adenoide Tumoren. (Des tumeurs adénoides.)** *France méd. 20. October 1887.*

Klinische Vorlesung bei Gelegenheit einer Krankenvorstellung. Nichts Neues. E. J. MOURE.

49) **H. Gradle. Ein neues Instrument zur Entfernung der Pharynxtonsille. (A new instrument for the removal of the pharyngeal tonsil.)** *New York Med. Record. 10. December 1887.*

Das Instrument besteht aus einem Paar starker Scheerenblätter mit verlängerten, auswärts gebogenen Handgriffen, während die schneidenden Enden der Blätter aufwärts gerichtet sind, so dass man sie hinter und über den weichen Gaumen bringen kann. Diese Enden sind dreieckig gefenstert, mit der Basis nach oben, 13 Millimeter weit und 20 Millimeter hoch. Geöffnet legen sie sich an die Seitenwände des Pharynx an, während die schneidenden Blätter mit ihrem oberen Rande jede Hervorragung vom Gaumengewölbe wegnehmen, sobald sie zusammenkommen. Das Federnpaar an der Aussenseite der gefensterten Enden dient zum Schutz, um jedes losgelöste Stück aufzufangen und sein Hinabfallen in den Larynx zu verhüten. LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

50) **Vittorio Rosa** (Modena). **Ein überzähliger Muskel der Pharynxgegend beim Esel. (Muscolo sopranumerario della regione faringea dell' asino.)** *Rassegna delle S. Mediche. März 1887.*

R. beschreibt einen kleinen, an der Innenseite des grossen Zungenbeinhorns gelegenen Muskel und nennt ihn Musculus occipito-pharyngeus nach seinen Ansatzstellen. F. CARDONE.

51) **A. Harkin** (Belfast). } **Uebermässige Salivation. (Excessive salivation.)**
51a) **Leith Napier** (London). } *Lancet. 1. October 1887.*

In Beantwortung einer Anfrage über die Behandlung dieses Zustandes bei einer Frau im vierten Monat der Schwangerschaft rühmt H. sehr Kal. chlor. in Fällen, die nicht mit Schwangerschaft complicirt sind. Letztere sieht er in dem fraglichen Falle als die Ursache der Salivation an.

N. empfiehlt die subcutane Injection von Atrop. sulf. oberhalb der Submaxillardrüsen; ferner Calom. 0,01, Extr. bellad., Extr. nuc. vomic. ana 0,03 bis 0,06. und einige andere Combinationen. Zuweilen ist auch Pilocarpin nützlich. Sollten diese Mittel versagen, so empfiehlt er noch einige andere. Sobald Dyspepsie besteht, ist auch diese zu behandeln. A. E. GARROD.

52) **A. G. Müller. Epulis. (Epulis.)** *Edinburgh Med. Journal. September 1887.*
Demonstration in der Medico-Chir. Society. M'BRIDE.

53) **E. Albert** (Wien). **Die neuesten Ansichten über die Natur der Ranula.** Vortrag. *Wiener med. Zeitung. No. 31. 1887.*

A, spricht sich mit Neumann in Königsberg gegen die Ansicht Recklingshausen's aus, dass die Ranula aus der Nuhn-Blandin'schen Schleimdrüse hervorgehe. Recklingshausen stützt seine Behauptung darauf, dass der Ranula die Nuhn-Blandin'sche Drüse wie ein Appendix aufsass; aber es liess sich kein Zusammenhang der Cystenhöhle mit den Drüsengängen oder -Bläschen nachweisen. ferner befand sich im Cystensacke Flimmerepithel, welches der Nuhnschen Drüse fehlt. Neumann glaubt daher, dass die Entstehung der Ranula aus der Drüse durchaus nicht erwiesen sei, dass sie aber wahrscheinlich aus den Bochdalek'schen Schläuchen hervorgehe. CHIARI.

54) **Giovanni Fusi** (Vilminore). **Sublinguale Cyste. (Di una cisti sottolinguale.)** *Gazz. Med. di Torino. 25. Juni 1887.*

Es handelt sich um eine Frau von 49 Jahren. Der Tumor nahm die linke Seite ein und hatte die Grösse eines Puteneies. Patientin konnte weder sprechen, noch athmen, noch essen. Abtragung, Heilung. F. CARDONE.

55) **Joseph Dixon** (Kempston). **Speichelstein, den Ductus Whartonianius und einen Theil der darunter gelegenen Sublingualdrüse einnehmend. (Salivary calculus occupying Whartons duct and a portion of the sublingual gland beneath.)** *Lancet. p. 1063. 26. November 1887.*

Eine Dame litt seit 15 Jahren an Dyspepsie, Schwellung der Submaxillar- und Sublingualdrüsen nach der Mahlzeit, besonders nach dem Genuss von Schweinefleisch. Später zeigte sich ein purulenter Ausfluss an der einen Seite des Frenulum linguae und Schmerz bei der Articulation und Deglutition. Man fand eine harte Schwellung von der Grösse eines Dattelsteines im Verlauf des Ductus Whartonianus. Dass ein Stein vorlag, wurde durch das rauhe Reiben bewiesen, wenn man mit einer Sonde untersuchte.

Der Stein wurde unter localer Cocainisirung extrahirt; er war 3 Ctm. lang, wog $^1/_2$ Grm. und war einem Eckzahn ähnlich. A. E. GARROD.

56) **Boucher** (Neapel). **Speichelsteinbildung. (Calcolosi salivare.)** *Archiv. ital. di Laringologia. Fasc. IV. 1887.*

Nach einem Excurs in die bezügliche Literatur berichtet B. über einen Fall von Speichelstein. der einen 50jährigen (mit harnsaurer Diathese behafteten) Mann betraf. Bei demselben hatte sich unter abendlichem Fieber eine Schwellung unterhalb der Zunge entwickelt, die rechterseits bis zum Gaumenbogen sich erstreckte. Bei der Betastung fühlte man eine Härte. Es wurde ein Speichelstein vermuthet. Scarificationen der Schleimhaut brachten Erleichterung. Doch bildete sich ein Abscess, aus dem der Stein herauskam. Derselbe war 11 Millimeter lang und 7 breit; sein Kern war von einer organisirten Substanz, seine Peripherie von fluorsaurem und phosphorsaurem Kalk gebildet. KURZ.

57) **Th. David. Stomatitis aphthosa und ihr Ursprung. (La stomatite aphteuse et son origine.)** *Arch. gén. de méd. Juli und October 1887.*

D. stellt folgende Thesen auf:

1. Es existirt eine frappante Analogie zwischen dieser Krankheit beim Menschen und einer contagiösen Krankheit bei den Hausthieren.

2. Es ist durch Thatsachen, von denen einige sehr beweisend sind, festgestellt, dass eine Uebertragung von Kühen oder Schafen auf den Menschen durch directe Berührung oder Milch stattfindet.

3. Die Epizootien und die Epidemien treten gleichzeitig auf und verlaufen parallel mit einander.

4. Ein sehr beweiskräftiger Fall zeigte das Auftreten eines aphthösen Fiebers bei einer Ziege, welche von Kindern, die an aphthöser Stomatitis litten, angesteckt worden war.

5. In einem ganz sicheren Falle hatte sich 3 oder 4 Tage nach dem Milchgenuss die Stomatitis entwickelt.

6. Die Stomatitis aphthosa des Menschen und die Entzündung des Augenlidrandes der Hausthiere stellen ein und dieselbe Krankheit dar, die von den Hausthieren auf den Menschen übertragen wird, und zwar besonders mittelst der Milch. E. J. MOURE.

58) **Descroizilles** (Paris). **Ulceröse membranöse Stomatitis. (Stomatite ulcéromembraneuse.)** *Gaz. des hôp. 7. Juli. — Praticien. 29. August 1887.*

Es handelt sich um ein 6jähriges Kind, welches an dieser Affection litt. Kali chloricum beseitigte das Leiden in 15 Tagen. Die Ursachen desselben konnte D. nicht ergründen. E. J. MOURE.

59) **H. R. Wharton. Sieben Fälle von gangränöser Stomatitis. (Seven cases of gangrenous stomatitis.)** *Med. and Surg. Reporter. Philadelphia, 17. Sept. 1887.*

Alle Fälle traten nach Masern auf. Behufs Behandlung wurden die Patienten narcotisirt, die Zähne ausgezogen, das necrotische Gewebe abgeschabt und Acid. nitr. fumans an die gangränösen Flächen applicirt. Von den sieben Patienten genasen vier. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

60) **Seitz** (Zürich). **Nierenentzündung bei Stomatitis.** *Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. No. 22. 1887.*

Verf. beschreibt zwei in der gleichen Familie vorgekommene Fälle von hef-

tiger typischer Stomatitis und Angina aphthosa mit folgender hochgradiger Nephritis, von welchen der eine nach 50, der andere nach 72 Tagen glücklich endete. S. erklärt sich diese Complication mittelst Bacterieneinwanderung, wie bei Mumps, Diphtherie etc. JONQUIÈRE.

61) **Rudolph Menger. Hämorrhagie des Mundes bei einem 9tägigen Kind, welches an parasitärer Stomatitis litt. Autopsie und mikroscopische Untersuchung. (Hemorrhage of the mouth in a child aged 9 days affected with parasitic stomatitis. Autopsy and microscopic examination.)** *Daniel's Texas Med. Journal. August 1887.*

Die Hämorrhagie wurde auf hämorrhagische Diathese zurückgeführt, obwohl die Anamnese keine Hämophilie in der Familie ergiebt. Die Blutung dauerte 17 Tage hindurch und kam meist aus der Zunge. Die mikroscopische Untersuchung ergab grosse Mengen von Oïdium albicans.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

62) **Horovitz (Wien). Zur mechanischen Behandlung der syphilitischen Psoriasis mucosae oris.** *Wiener med. Presse. No. 42. 1887.*

H. entfernt mit dem scharfen Löffel die hornartig verdickten Epithelflecke und die wulstigen Ränder der Epithelverluste bis auf die Papillarschichte, und zwar bei sehr ausgebreiteten Fällen in circa 20 Sitzungen. In leichteren Fällen genügen weniger Sitzungen. Schmerzen und Blutungen sind dabei sehr gering. Die abgeschabten Stellen werden mit Jodglycerin oder Borglycerin bestrichen. Gewöhnlich erfolgt schnell Ueberhäutung der Geschwüre (?) und Herstellung einer normalen Epitheldecke. CHIARI.

63) **J. Simon (Paris). Differentialdiagnose zwischen Soor, Angine couënneuse, Scharlach und Diphtherie. (Diagnostic différentiel du muguet, de l'angine pultacée, de la scarlatine et de la diphthérie.)** *Gaz. des hôp. 8. März 1887.*

In einer klinischen Vorlesung über diesen Gegenstand bespricht S. die vier Krankheiten mit ihren besonderen Charakteren. Eine interessante und praktische Vorlesung. E. J. MOURE.

64) **H. Ranke. Zur Aetiologie und pathologischen Anatomie des nomatösen Brandes.** Separatabdruck. *Jahrbuch für Kinderheilkunde. 1887.*

R. beobachtete im Verlaufe der im Jahre 1887 in München herrschenden grossen Masernepidemie 6 Fälle von Noma; darunter befanden sich 2 reine Fälle von Noma faciei, einer, der mit Hautgangrän verbunden war, und 3 Fälle von Noma genitalium et ani. R. kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu folgenden Schlüssen:

1. Unzweifelhaft können nomatöse Brandformen bei besonders stark disponirten Individuen spontan, d. h. ohne Zusammenhang mit anderen Nomafällen entstehen.

2. Das nicht selten beobachtete gehäufte Auftreten von Nomafällen in Anstalten, sowie die vorwiegende Localisation von Noma auf der Schleimhaut der verschiedenen Körperöffnungen legt den Gedanken nahe, dass es sich bei Noma um Eindringen mikroparasitärer Keime handelt.

3. In der den nomatösen Brand umgebenden infiltrirten und bereits der Necrose verfallenen Gewebszone finden sich massenhaft Coccen, welche fast den Eindruck einer Reincultur machen. In der Peripherie der necrobiotischen, mit Coccen erfüllten Zone ist das Bindegewebe in lebhafter Kernvermehrung begriffen und erinnert das ganze Bild sehr an die von R. Koch beschriebene, durch einen Kettencoccus hervorgerufene progressive Gewebsnecrose bei Feldmäusen.

4. Es ist jedoch bis jetzt die specifische Natur der bei Noma beobachteten Coccen noch nicht erwiesen.

5. In dem Gewebe, welches die necrobiotischen Stellen begrenzt, zeigen sich eigenthümliche, zuweilen an Karyokinese erinnernde Degenerationsvorgänge an den Kernen. Diese Kernveränderungen scheinen der Necrose im Allgemeinen eigenthümlich zu sein. SCHECH.

65) **J. Hobbs** (Monkstown). **Ungewöhnliche Verletzung der Zunge. (Case of unusual injury to the tongue.)** *Med. Press and Circular. 27. Juli 1887.*

H. berichtet über einen Mann, der von einer Kette gegen das Kinn getroffen wurde, während er seine Zunge hinausgestreckt hatte.

8 Ctm. von der Spitze entfernt entstand eine sehr tiefe Wunde, während die Arterien glücklicherweise verschont waren. Die Wunde wurde mit fünf Seidenfäden vereinigt. Es trat keine Entzündung auf, und Patient erholte sich schnell. Gefühl und Geschmack waren überall auf der Zunge erhalten.

A. E. GARROD.

66) **H. J. Robson** (Leeds). **Acute Glossitis. (Acute Glossitis.)** *British Medical Journal. p. 1216. 8. December 1887.*

Eine junge Frau wurde mit Macroglossie und acuter Glossitis der Leeds Medico-chirurgical Society vorgestellt. Die Macroglossie war vor vier Jahren durch eine acute Entzündung entstanden, und es war ein keilförmiges Stück ausgeschnitten worden. Vor drei Wochen hatte sie ohne sichtbare Veranlassung einen neuen Anfall und es wurde in der Mittellinie eine ergiebige Incision mit seitlichen Punctionen gemacht. A. E. GARROD.

67) **J. W. Gleitsman. Hypertrophie der Zungentonsille. (Hypertrophy of the tonsil of the tongue.)** *New-York Medical Record. 17. December 1887.*

Die Zungentonsille besteht aus einer Gruppe von Follicalardrüsen, ähnlich der Schlund- und Pharynxtonsille, und bildet ein Zwischenglied des grossen lymphatischen Pharynxringes. An der Pharynxtonsille beginnend, erstreckt sich der Ring zum Orificium der Tuba Eustachii, wendet sich dann abwärts längs der hinteren Fläche des weichen Gaumens zur Schlundtonsille und erreicht die Zungenbasis, von wo er sich in gleicher Weise zurückwendet.

Nach den Untersuchungen von Swain, der bei Weitem die beste Beschreibung dieses Gegenstandes geliefert hat, ist die Existenz dieser Drüsen an der Zungenbasis ein normaler Zustand. Sie liegen zwischen den Papillae circumvallatae und der Epiglottis, oft gegen beide vorrückend, und erscheinen gewöhnlich zur Zeit der Pubertät. Im hypertrophischen Zustande erscheint ihr Wachsthum gleichmässig und alle Theile der Drüsen nehmen Theil daran. Die ganze Drüse ist um das Doppelte ihres Umfanges und noch mehr vergrössert; die Fol-

likel selbst werden beträchtlich grösser. Diese Hyperplasie ähnelt genau dem Zustand, welchen man bei der chronischen Hypertrophie der Schlundtonsillen beobachtet, und ist ein zweiter Beweis für die Aehnlichkeit dieser beiden Gebilde.

Die Symptome, welche wir bei den Patienten beobachten, sind mannigfaltig, aber wesentlich bedingt durch den mechanischen Reiz, welchen die hypertrophischen Drüsen ausüben.

Die einzuschlagende Behandlung ist klar vorgeschrieben und besteht in Verkleinerung oder Zerstörung des wuchernden Gewebes.

Einfacher Druck mit einem Watteträger, Aetzung mit Chromsäure oder Wiener Paste sind empfohlen worden. Die Erfahrung des Autors beschränkt sich auf vier Mittel: Lugol'sche Lösung in verschiedener Stärke, Arg. nitr. auf einer Sonde geschmolzen, der Galvanocauter und schliesslich die Schlinge.

LEFFERTS.

68) **William Robertson** (Newcastle). **Hypertrophie der Zungentonsille. (Hypertrophy of lingual tonsil.)** *British Medical Journal. 19. November 1887.*

Eine Frau von 32 Jahren consultirte R. wegen grosser Schluckbeschwerden, leicht entstehender Athemnoth und Unfähigkeit, längere Zeit hintereinander zu sprechen. Diese Symptome bestanden schon zwei Jahre lang. Sie war äusserst vorsichtig beim Schlucken, hatte ihre Farbe verloren und war abgemagert. Ein Bougie mittlerer Stärke ging leicht den Oesophagus hinab, war jedoch beim Zurückziehen leicht blutig gefärbt. Es bestand eine granuläre Entzündung des Mund- und Nasenrachenraumes. Wenn man die Zunge niederdrückte, so kamen grosse, blasse, ödematöse Schwellungen zum Vorschein, die sich nach hinten über den Rücken des Organs erstreckten. Sie nahmen an Umfang bis zur Epiglottis zu, so dass sie die Furche zwischen Zunge und Kehldeckel verwischten. Letzterer konnte kaum aus seiner Lage erhoben werden, so dicht waren die Vegetationen gegen ihn hinangewachsen. Dieselben gruppirten sich in zwei Massen zu beiden Seiten der Mittellinie und zeigten eine jede ein freies knolliges Ende neben einer schmalen Basis.

Die besonders hervortretenden Vegetationen wurden mit dem Galvanocauter zerstört, welcher abwärts so nahe als möglich an die Epiglottis herangeführt wurde, ohne dieselbe zu berühren.

Am folgenden Tage fühlte Patientin sich leichter und hatte versucht, ein Stück Fleisch zu schlucken.

Nachdem R. in seinen Bemerkungen auf die Arbeit von M'Bride über diesen Gegenstand in der September-Nummer des Edinburgh Medical Journal hingewiesen hat, lenkt er die Aufmerksamkeit auf die grossen Schluckbeschwerden in diesem Falle.

Er glaubt, dass die ganze Affection auf die schlechte Wasserversorgung im Hause der Patientin zurückzuführen sei. A. E. GARROD.

69) **L. Orlow** (Petersburg). **Tuberculose der Zunge.** *St. Petersburg. med. Wochenschrift. No. 45—46. 1887.*

O. fand bei einem 42 Jahre alten Mann ein deutlich tuberculöses Geschwür der Zunge. Die Lungen des Pat. waren gleichfalls tuberculös erkrankt. Das Ge-

schwür hatte vor zwei Jahren begonnen, war im Verlaufe der Zeit zweimal ausgebrannt worden, war aber jedesmal nach einigen Monaten recidivirt. Die mikroscopische Untersuchung eines an der Grenze des gesunden Gewebes entfernten Stückchens zeigte Tuberkel, Riesenzellen und eine grosse Anzahl Bacillen; je näher zur Oberfläche, desto grösser war die Zahl der Bacillen.

Das Geschwür wurde ausgeschnitten, etwa 1—$1^1/_2$ Ctm. gesunden Gewebes mitgenommen und die Wunde ausgebrannt. Anfangs schnelle Heilung, doch nach einem Monat ein Recidiv. Ob dieses Zugengeschwür zu den primären tuberculösen Geschwüren zu zählen sei, will Verf. nicht entscheiden, da vor 2 Jahren, als das Geschwür begann, die Lungen ganz gesund gewesen sein können.

Einige Versuche, die Verf. anstellte, um tuberculöse Geschwüre auf der Zunge von Kaninchen hervorzubringen, misslangen.

Der Arbeit ist ein sehr reichhaltiges Literaturverzeichniss über Tuberculose der Zunge beigefügt. LUNIN.

70) **Trélat. Epitheliom der Zunge, des Mundbodens und des vorderen Gaumenbogens. (Epithélioma de la langue, du plancher de la bouche et du pilier antérieur du voile du palais.)** *Gaz. des hôp. 17. September 1887.*

In einer klinischen Vorlesung gelegentlich einer Krankenvorstellung kommt T. zu dem Schluss, dass man die operirbaren Fälle operiren müsse. Er operirt nach Unterbindung der Carotis externa und Durchsägung des Unterkiefers, indem er die Incision nach der Methode von Schmitz (Boston) macht. E. J. MOURE.

71) **Vilpel. Zungenkrebs, Abtragung der Zunge mit dem Ecraseur etc. (Cancer de la langue, ablation de la langue avec l'écraseur etc.)** *Journal des conn. méd. No. 41. 13. October 1887.*

Besprechung einer bereits in der Gazette des hôpitaux No. 105 vom 1. Juli 1887 erschienenen Beobachtung. E. J. MOURE.

72) **W. Gardner** (Adelaide). **Exstirpation der Zunge wegen Krebs. (On removal of the tongue for cancer.)** *Australasian Med. Gaz. August 1887.*

G. beschreibt die Operationsmethoden, welche von Zeit zu Zeit vorgeschlagen wurden. A. E. GARROD.

73) **Arthur E. Barker** (London). **Exstirpation des Kiefers, der Zunge, der einen Seite des Pharynx und des weichen Gaumens wegen Epitheliom. (Removal of the jaw, tongue, side of the pharynx and soft palate for epithelioma.)** *Lancet. p. 1110. 3. December 1887.*

Ein 55jähriger Mann war wegen Epitheliom der linken Tonsille und der Seite des Pharynx drei Mal operirt worden. Der Tumor war ausgekratzt und die Basis cauterisirt worden. Die Wunde heilte zwar gut, doch kehrte der Tumor jedes Mal in einigen Monaten wieder. Die von B. unternommene Operation geschah auf dringendes Verlangen des Patienten, welcher an heftigen Schmerzen litt.

Zu dieser Zeit bestand ein epitheliomatöses Geschwür, welches sich von der linken Mandel nach vorn zum vorderen Gaumenbogen und der Wange erstreckte. Der harte und weiche Gaumen, sowie die Zunge waren gleichfalls leicht afficirt, die Drüsen jedoch nicht geschwollen.

Es wurde ein Schnitt vom Mundwinkel bis 4,5 Ctm. vom Ohrlappen entfernt gemacht. Die Art. facialis wurde durch eine Nadel mit Achterfigur darunter und durch Torsion oberhalb verschlossen.

Nachdem der letzte Backzahn ausgezogen worden, wurde der Kiefer von oben nach unten und hinten gespalten und der Winkel nebst einem Stück des aufsteigenden Astes entfernt. Der halbe weiche und die Schleimhaut des harten Gaumens, eine Seite des Pharynx und ein beträchtliches Stück der linken Zungenseite, sowie ein Stück der Wangen- und der den Unterkieferast bekleidenden Schleimhaut wurden nebst dem Knochen durch einen Scheerenschnitt abgetragen. Die Gefässe wurden unterbunden und die Wundfläche sorgfältig gereinigt und mit Jodoform bestreut; die Wange mit Seidennäthen vereinigt und mit Salicylwatte bedeckt.

Die Wunde heilte fast ganz per primam. Patient befand sich ein ganzes Jahr lang sehr wohl und war frei von Schmerzen. Erst 15 Monate nach der Operation trat ein locales Recidiv auf, welches den Tod durch Blutungen herbeiführte. A. E. GARROD.

74) **Richard Barwell** (London). **Klinische Vorlesung über eine Methode der Excision der Zunge. (Clinical lecture on a method of excising the tongue.)** *Lancet. p. 1307. 31. December 1887.*

B. berichtet über zwei Fälle, bei denen er die Zunge nach der von ihm vor 7 Jahren beschriebenen Methode entfernt hatte und betont die Vortheile derselben. Nach seinem Vorschlag wird die Zungenbasis durch einen Drahtecraseur durchschnitten, dessen Enden durch eine, unmittelbar vor dem Zungenbein hergestellte, kleine Oeffnung von 1 Ctm. Länge hindurchgeführt werden. Als Vortheile seiner Methode rühmt er die Blutlosigkeit der Operation, das Fehlen von Schmerzen nach derselben und die leichte Heilung. A. E. GARROD.

75) **A. C. Bernays. Drei Totalexstirpationen der krebsigen Zunge. (Three cases of total exstirpation of cancerous tongue.)** *St. Louis Medical and Surgical Journal. December 1887.*

Zwei der Operationen wurden vom Mund aus, die dritte nach Kocher's Methode ausgeführt. Letztere und die erste hatten Genesung zur Folge.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

76) **W. Pasteur** (London). **Infantile Lähmung, auf die Bulbärkerne beschränkt, mit dauernder Paralyse der Gesichts- und Zungenhälfte. (Infantile paralysis limited to the bulbar nuclei with permanent paralysis of half the face and tongue.)** *Lancet. p. 858. 29. October 1887.*

Ein sehr interessanter Fall, welcher jedoch mit unserem Gebiet nur in sehr losem Zusammenhang steht. A. E. GARROD.

d. Diphtheritis und Croup.

77) **Antonio Tiraboschi. Aetiologie und Pathogenese der Diphtherie. (L'etiologia e la patogenesi della difteria.)** *Giornale Internaz. di S. Mediche. August 1887.*

Kritische Studie mit vielen eigenen Beobachtungen des Autors. Im Allgemeinen bestätigt er die üblichen Anschauungen. F. CARDONE.

78) **Boudet. Scharlach und Diphtherie; ein Fall von Croup und Angina scarlatinosa. (Scarlatine et diphthérie, un cas de croup et d'angine scarlatineuse.)** *Journal de méd. de la H. Vienne. No. 8. August 1887.*

B. theilt die Beobachtung zweier Fälle von typischem Croup bei Kindern mit, welche an Scharlach litten. Eins davon genas, das andere starb.

E. J. MOURE.

79) **Weil. Notiz über einen Fall von secundärer Diphtherie nach Pneumonie bei einem 17monatlichen Kinde. (Note sur un cas de diphthérie sécondaire consécutive à une pneumonie chez un enfant de 17 mois.)** *Revue méd. de l'Est. 1. Juni 1887.*

Der Titel zeigt an, um was es sich handelt. E. J. MOURE.

80) **Tonini (Modena). Ein interessanter Fall von Diphtherie. (Un interessante caso di difteria.)** *Rassegna di S. Mediche. Juli 1887.*

Ein kleines Kind von 3 Jahren wurde von Diphtherie befallen, drei Tage nachdem es mit einer kleinen Trompete gespielt hatte, welche ein kleines Kind benutzt hatte, das an dieser Affection gestorben war.

Verf. bemerkt, dass das kleine Kind nicht mit Personen in Berührung gekommen war, welche an Diphtherie, Croup, Scharlach etc. gelitten hatten.

F. CARDONE.

81) **Edmund Owen (London). Erkrankung des Kniegelenks: Diphtherie mit nachfolgender ausgedehnter Paralyse. Heilung. (Disease of knee-joint: diphtheria followed by extensive paralysis. Recovery.)** *Lancet. 2. April 1887.*

Patient, ein Knabe von $6^3/_4$ Jahren, hatte die Diptherie im Krankenhause erworben. Auf dieselbe folgte eine sehr ausgedehnte Paralyse, die die Stimmbildungs- und Schlingmuskeln stark afficirte.

Das Diaphragma war vollständig gelähmt, desgleichen in hohem Maasse die Intercostales und das Herz. Der Magen behielt sehr schwer irgend welche Nahrung bei sich, so dass man zu ernährenden Clystieren greifen musste. Es wurde 4stündlich 0,06 Liq. atropin. verabreicht. A. E. GARROD.

82) **Alfonso Montefusco (Neapel). Ein Fall von maniakalischer Diphtherie. (Un caso di difteria maniaca.)** *Archiv. Italian. di Laringologia. Januar 1887.*

Eine Frau von 33 Jahren wurde von Pharynxdiphtherie befallen, nachdem sie kleine Kinder mit derselben Krankheit gepflegt hatte. Wenige Tage darauf bot sie alle Symptome der acuten Manie dar, d. h. Geistesstörungen, zuweilen sensibler (flüchtige, unzusammenhängende Gedanken mit Aufhebung der Willenskraft; Verfolgungs- und Grössenwahn etc.), zuweilen motiler Art (Muskelcontraction etc.).

Der maniacalische Zustand hielt 4 Tage an mit beständigem Sinken der Temperatur, welche zuweilen 1° unter der Norm war. Nach dieser Zeit schwand jede Geistesstörung gleichzeitig mit der Besserung der Pharynxsymptome. Vollständige Heilung.

Der Autor bemerkt, dass die Erscheinungen echter Manie sehr selten im Verlauf der Diphtherie sind. Man kennt nur noch einen Fall von acuter Manie bei Diphtherie, welcher von C. Lombroso veröffentlicht wurde.

F. CARDONE.

83) **Luigi Concetti** (Rom). **Ein Fall von chronischer Diphtherie. (Un caso di difterite cronica.)** *Archiv. di Patologia Infant. November 1886.*

Indem Verf. an die Fälle erinnert, bei welchen eine echte Form prolongirter Diphtherie bestand, berichtet er über einen von ihm beobachten Fall, bei dem es sich um eine bemerkenswerthe chronische Form handelte.

Patientin, ein 3jähriger Mädchen. litt seit fast einem Jahre an serösem Ausfluss aus der Nase, der bisweilen blutig wurde, mit Erzeugung von Pseudomembranen an der Nasenscheidewand rechts. Das Kind wurde von Fieber befallen, welches eine Woche andauerte, hierauf verschwand, um nach 20 Tagen wiederzukehren, wo es drei Tage lang bestand. Es trat Gaumenlähmung ein.

Es ist hinzuzufügen, dass drei Brüder und ein Dienstmädchen in kurzer Zeit von Diphtherie des Pharynx befallen wurden, und dass das jüngste Kind starb.

Man kann sehr wohl beobachten, dass in dem vom Autor berichteten Falle „die Krankheit sich unter derselben Form in einem Zeitraum von 4 Monaten zeigte mit zwei Fieberperioden von kurzer Dauer, welche sicher durch die Absorption infectiöser, in der Nase zurückgehaltener Stoffe bedingt waren“.

F. CARDONE.

84) **W. Pasteur** (London). **Paralyse des Zwerchfells nach Diphtherie mit ausgebreitetem Lungencollaps. (Paralysis of the diaphragm after diphtheria with extensive pulmonary collapse.)** *Lancet. 14. Mai 1887.*

Diese sehr interessante Arbeit liegt unserem Gebiet zu fern, als dass wir ausführlich über sie berichten könnten. Wiewohl die Diphtherie selbst so unbedeutend war, dass die Mutter zur Zeit keinen Arzt consultirte. und obwohl die Nahrung nicht durch die Nase zurückkam, so waren die nachfolgenden Lähmungen dennoch sehr ausgebreitet. Trotz der Betheiligung des Diaphragma genas das 5jährige Kind schliesslich.

A. E. GARROD.

85) **v. Ziemssen. Ueber diphtheritische Lähmungen und deren Behandlung.** Klinische Vorträge. 6. Vortrag. IV. Nervensystem. Leipzig. F. C. W. Vogel. 1887.

Das Wesen der diphtheritischen Lähmungen, die Z. der Reihe nach bespricht, besteht in einer specifischen multiplen Neuritis. Die infectiöse Entzündung beginnt an den Endausbreitungen des Laryngeus superior, kriecht bis zum Stamm des Vagus weiter und schreitet von da aus centrifugal auf die übrigen Aeste fort. Die paralytischen Extremitätensymptome scheinen ebenfalls neuritischer Natur zu sein. Die Diagnose gründet sich, abgesehen von der Anamnese — d. h. dem Vohergegangensein anginöser Beschwerden — auf das Fortschreiten der Lähmung vom Rachen nach abwärts. Die Prognose ist bei den schwereren Formen von Rachenkehlkopflähmung wegen der Gefahr von Schluckpneumonie und Herzparalyse eine dubiöse; im Allgemeinen bilden sich aber die Veränderungen fast immer zurück, wärend Residuen sehr selten zurückbleiben.

Die Therapie erfordert Bettlage mit Vermeidung anstrengender Muskelthätigkeit, Ernährung mit der Schlundsonde, eventuell nährenden Clystieren, Strychnin. nitr. subcutan 0,005—0,01 pro die. Zur Nachcur empfehlen sich die Thermen, südliche klimatische Curorte.

SCHECH.

86) **C. W. Talles. Ein schwerer Fall von diphtheritischer Lähmung. (A severe case of diphtheritic paralysis.)** *Weekly Medical Review. St. Louis. 3. Dec. 1887.*

Verf. erhielt, während er einen Fall von Diphtherie behandelte, eine Wunde am Finger, die von dem Speichel des Pat. vergiftet wurde. Eine Woche darauf erschien eine diphtheritische Stelle an der Wunde, gefolgt von Halssymptomen und Störung des Allgemeinbefindens. Circa drei Wochen nach dem Aufhören der Krankheit zeigten sich Lähmungserscheinungen, d. h. Sehschwäche, Unfähigkeit, für die Nähe zu accommodiren, und später Doppeltsehen. Gleichzeitig wurde die Zunge taub und die Schlingmuskeln paralytisch; das Schlucken wurde von Würgen und Regurgitation begleitet. Der Gang war taumelnd; die Finger schwach und taub, die Muskeln der linken Gesichtsseite gelähmt; die Bewegung immer schwächer, und zuletzt konnte Patient weder stehen noch gehen, so dass er ganz hilflos wurde. Pulsfrequenz 120. Die Respirationsmuskeln waren zu keiner Zeit so ergriffen, dass Dyspnoe auftrat, und die Sprache war vollkommen erhalten.

Im Allgemeinen gingen die Symptome, welche zuerst aufgetreten waren, auch zuerst zurück; die kleineren Muskeln erholten sich jedoch schneller. So dauerte z. B. die Gesichtslähmung nur wenige Tage, während die Bewegung mehrere Wochen hindurch erschwert oder unmöglich war. In ca. 15 Wochen trat vollständige Heilung ein. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

87) **Simon Baruch. Therapeutische Bemerkungen über Diphtherie mit besonderem Hinweis auf den Werth grosser Dosen Terpenthinöls. (Therapeutic memorando on diphthéria, with special reference to the value of large doses of oil of turpentine.)** *New-York Medical Record. 24. December 1887.*

B. giebt Terpenthinöl in Dosen von 4—15 Grm. bei Kindern von 6—14 Jahren einmal täglich; wenn erforderlich, auch öfter. Es kann entweder rein gegeben werden mit Nachtrinken von Milch, oder mit Milch gemischt, oder als Emulsion. Nach der ersten Dosis tritt bisweilen Erbrechen ein; nachher wird es gewöhnlich zurückgehalten. Bei ca. 50 pCt. der Fälle wirkt es purgirend; stets regt es die Secretion der Nieren und der Haut an; der Geruch findet sich schnell hierbei, wie in den Fäces vor.

Die wichtigsten, durch klinische Geschichten erhärteten Punkte sind:

1. Bei der nasalen und Larynxform sind locale Applicationen nothwendig; bei den meisten Pharynxformen jedoch unnöthig.

2. Zur Kräftigung des Organismus sind grosse Dosen Eisen zu geben, nicht, wie früher, kleine.

3. In den schwereren Fällen, besonders bei Betheiligung des Larynx, sind volle Dosen Sublimat nützlich.

4. In allen schweren Formen sind grosse Dosen Terpenthinöl, einmal täglich, werthvoll.

5. Kali chloric. ist nutzlos.

6. Die Mittel sind in solcher Form und in solchen Zeitabschnitten zu geben, dass sie local antiseptisch wirken und auch gleichzeitig dem Gesammtorganismus zu Gute kommen.

Nach obiger Methode wurden im Ganzen 39 Fälle behandelt, davon 30 in

der Hospital-, 9 in der Privatpraxis. Milde und zweifelhafte Fälle sind von diesem Bericht streng ausgeschlossen.

Unter diesen 39 waren 2 Todesfälle, beide im Krankenhaus. Der eine davon starb in 6 Stunden, der andere in 15 Tagen. In dem ersten, tödtlich verlaufenen Fall war das Schlucken so erschwert, dass Patient nicht ordentlich Medicin nehmen konnte. In dem zweiten traten die Auflagerungen in 3 Tagen so rapide auf, dass Terpenthin und Sublimat nicht weiter gegeben wurden. Gastrische Reizungen erschienen mehrere Tage später, als das Eisen ausgesetzt wurde. Patient starb an Neuritis. LEFFERTS.

88) X. **Behandlung der Pharynxdiphtherie mit Chinolin. (Traitement de la diphthérie pharyngée par la chinoline.)** *Rev. de clin. et de thérap. 26. Aug. — Lyon méd. 22. Mai 1887.*

Der Titel zeigt an, um was es sich handelt. E. J. MOURE.

89) C. H. Richmond. **Localbehandlung der Diphtherie. (The local treatment of diphtheria.)** *New-York Med. Journal. 10. December 1887.*

Einblasungen von Chin. sulf., 2stündlich 0,12. Daneben empfiehlt der Autor $^1/_2$stündliche Einblasungen von Pepsin. LEFFERTS.

90) W. K. Bauday. **Papayotin gegen Diphtherie, besonders zur Behandlung der Localsymptome. (Papayotin in diphtheria, especially to the treatment of the local manifestations.)** *Weekly Medical Review St. Louis. 10. December 1887.*

Succus caricae papayae ist der ausgepresste Saft der unreifen Frucht der Carica papaya oder Papow, welcher mit Alkohol Papayotin giebt, ein weisses, geruch- und fast geschmackloses Pulver. in kaltem Wasser im Verhältniss von 1 : 8 löslich, unlöslich in heissem Wasser. Ein Theil Papayotin löst 200 Theile Fibrin. Es besitzt hohe Digestionskraft, besonders wenn Milch- und Salzsäure vorhanden sind; es löst auch alle todten Gewebe auf. Auf die Mundschleimhaut übt es keine Wirkung aus. Wenn jedoch Pseudomembranen, croupöse oder diphtheritische vorhanden sind, dann löst es sie unmittelbar auf. B. hat eine 5 proc. Papayotinlösung in verschiedenen Fällen von Diphtherie mit gutem Erfolge angewandt, da sie schnell auflösend wirkte. Er verordnet nur eine kleine Menge frischen Pulvers mit der Anweisung, bei jeder Application eine neue Paste mit wenig Wasser und Zusatz einiger Tropfen Milchsäure anzufertigen. Die Pinselung soll alle 15 bis 30 Minuten mit einem Kameelhaarpinsel vorgenommen werden. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

91) Lamon. **Therapie der Diphtherie: Eine historische und kritische Besprechung. (De la thérapeutique de la diphtherie. Exposé historique et critique.)** *Normandie méd. No. 16. 15. August 1887.*

L. prüft die verschiedenen empfohlenen Behandlungsmethoden (West, Scott-Orr, De Bruyères, Moissonnier, Ozanam, Bouchut, Welch, Crequy, Lereboullet, Murray etc.) und empfiehlt Emetica von Cupr. sulf., Brom und seine Verbindungen, Borax und die Theerräucherungen von Delthil. E. J. MOURE.

92) **Herbert L. Snow** (London). **Schweflige Säure gegen Diphtherie. (Sulphureus acid in diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. 8. October 1887.*

S. empfiehlt dringend schweflige Säure in grossen und häufigen Dosen bei Diphtherie zu geben. Man soll Dosen von 4 Grm. alle halben Stunden in schweren Fällen bei Erwachsenen geben, weniger häufig in leichten Fällen. Die Säure muss reichlich mit Syrup verdünnt werden, weil durch die Dämpfe ein Erstickungsgefühl hervorgerufen wird. Bei Kindern ist Milch das beste Vehikel.

A. E. GARROD.

93) **John W. Watson. Sublimat bei Diphtherie. (Biniodide of mercury in diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. 8. October 1887.*

W. macht Mittheilung von einem Fall, wo die Application von Sublimat auf die diphtheritische Membran, wie dies von Illingworth empfohlen wird, offenbar von sehr befriedigendem Erfolge begleitet war. A. E. GARROD.

94) **Baratoux. Diagnose, Prognose und Therapie der Diphtherie. (Diagnostic, pronostic et traitement de la diphthérie.)** *La prat. méd. No. 9 u. 10. Aug. 1887.*

Nichts Neues. E. J. MOURE.

95) **C. R. Illingworth** (Accrington). **Hydrarg. bijod. bei Diphtherie. (The biniodide of mercury in diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. p. 922. 22. October 1887.*

J. empfiehlt Hydrarg. bijod. sowohl innerlich wie local gegen Diphtherie.

A. E. GARROD.

96) **Fritz James Molloy** (Porlock). **Arsenik bei Diphtherie. (Arsenic in diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. p. 939. 29. October 1887.*

M. empfiehlt Liq. arsenicalis (B. P.) auf ein Stück Watte, nach Entfernung der Pseudomembran bei Diphtherie, auf die entblösste Fläche des Schlundes und der Mandeln zu appliciren. Die Membran räth er dadurch zu entfernen, dass man auf die Mitte derselben einen Pinsel mit steifen Borsten bringt. Sobald der Pinsel ein oder zwei Mal umgedreht wird, verwickelt sich die Membran in den Borsten und wird leicht entfernt. A. E. GARROD.

97) **J. E. Oatman. Behandlung der Diphtherie. (Treatment of diphtheria.)** *Pacific Med. and Surg. Journal and Western Lancet. August 1887.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

98) **Fidelin** (Rouen). **Resorcin als Topicum bei Diphtherie. (Emploi de la résorcine comme topique dans la diphthérie.)** *Union méd. de la seine infér. Journ. de la soc. de méd. de Rouen. Jahrgang 25. 13. 1887.*

F. gebraucht ein Gurgelwasser von Resorcin in der Stärke von 1 : 5 oder 1 : 8. Natürlich hat er ausgezeichnete Resultate erhalten. E. J. MOURE.

99) **D. Phillips. Behandlung des echten Croups. (Treatment of true croup.)** *Medical Bulletin. December 1887.*

Ph. glaubt, dass die respiratorischen Symptome in den meisten Fällen von Croup nicht durch den Druck der Pseudomembran, sondern durch Oedem hervorgerufen werden. Ferner meint er, dass der Croup eine cyklisch verlaufende Krankheit sei, so dass, wenn der Patient eine gewisse Anzahl von Tagen am

Leben erhalten werden kann, er dann auch genesen werde. Seine Behandlung besteht deshalb in Darreichung von Stimulantien und Calomel, um die Entzündung und Exsudation zu beschränken. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

100) **Mercier. Häutige Bräune, geheilt mit Chloral. (L'angine couënneuse, sa guérison par le chloral.)** Besançon. 1887.

M. giebt das Chloral in kleinen Dosen halbstündlich, um die kranke Oberfläche damit zu imprägniren. Das Chloral soll die Pseudomembranen auflösen. E. J. MOURE.

101) **John Fearer. Dämpfe von brennendem Schwefel zur Behandlung von Diphtherie und membranösem Croup. (The fumes of burning sulphur in the treatment of diphtheria and membranous croup.)** *California Medical Journal. Juli 1887.*

F. hat diese Methode mit Erfolg angewendet und glaubt, dass der Schwefel antiseptisch und prophylaktisch wirke. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

102) **A. Gerasimow. Strychnin bei einem Falle von diphtheritischer Lähmung. (Sernokislich strychnin w slutschae diphtherit. paralitscha etc.)** *Med. obosren. No. 20. 1887.*

Paralyse des Pharynx, Larynx und der unteren Extremitäten nach Diphtheritis bei einem 6 Jahre alten Knaben. Nach 29 Strychnininjectionen Anfangs zu 0,002, später zu 0,003, vollständige Heilung. LUNIN.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

103) **Newman** (Glasgow). **Larynxphantom. (Phantom-larynx.)** *Glasgow Medical Journal. December 1887.*

Demonstration eines Modells vor der Pathological and Clinical Society. M'BRIDE.

104) **E. Creswell Baber** (Brighton). **Instrument zur Untersuchung gewisser Theile des Larynx. (Instrument for examining certain parts of the larynx.)** *Lancet. 18. Februar 1888.*

B. bemerkt, dass ein dem von Lawrence in der Lancet vom 4. Februar beschriebenen sehr ähnliches Instrument von Rosenberg in der „Therapeutischen Monatsschrift" vom December 1887 beschrieben worden ist. A. E. GARROD.

105) **Kain** (Graz). **Zur Morphologie des Wrisberg'schen Knorpels.** *Mittheilungen des Vereins der Aerzte in Steiermark. XXIII. 1886.* Graz. Leuschner und Lubensky. 1887.

Nach kurzer historischer Einleitung vergleicht K. diesen Knorpel beim Reh, Hunde und Menschen, und einigen anderen Thieren und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Der Wrisberg'sche Knorpel des Menschen ist das Rudiment eines Knorpels, der zum falschen Stimmbande in demselben Verhältnisse steht, in welchem der Giessbeckenknorpel zum wahren sich befindet.

2. Der ursprüngliche Knorpel hat sich ferner noch theilweise in dem verdickten hinteren Theile des falschen Stimmbandes, der dem Processus vocalis superior des Hundes entspricht, erhalten.

3. Von dem Muskel, welcher die Stellungsänderungen am Wrisberg'schen Knorpel vollführt, hat sich gleichfalls ein Theil erhalten.

4. Das falsche Stimmband hat seinen Stellknorpel verloren, die Bewegungen desselben sind der Hauptsache nach als vom Aryknorpel übertragen anzusehen.

In Bezug auf die Details muss auf das Original verwiesen werden.

CHIARI.

106) **Zuckerkandl** (Graz). **Ueber Asymmetrie des Kehlkopfgerüstes.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde. No. 12. 1887.*

Geringe Prominenz der einen Schildknorpelplatte ist sehr häufig, stärkere relativ selten, die eine Platte tritt bedeutend hervor, während die andere ein Aussehen darbietet, als wäre dieselbe durch einen äusseren Insult eingedrückt und verbogen. Die Verbiegung beschränkt sich auf die unmittelbare Nachbarschaft des Kehlkopfvorsprunges oder erstreckt sich weiter nach abwärts gegen den unteren Rand der Cart. thyr., ja sie setzt sich zuweilen auf das Lig. conic. und den Ringknorpel fort. Das Kehlkopfinnere wird ebenfalls geändert; auf der verbogenen Seite zeigt sich der Sinus pyriformis verkleinert, die Innenfläche der Plica aryepligl. flach, ihre Grenze gegen den Kehldeckel theilweise verstrichen, die Auskeidung der Kehlkopftasche gegen die Larynxhöhle umgestülpt; das Taschenband tritt schärfer als sonst hervor, das wahre Stimmbahnd wenig oder gar nicht. Die geringe Tiefe des Ventric. Morgagni kann als ein prädisponirendes Moment des Vorfalles der Sinusschleimhaut betrachtet werden.

Die von Luschka als Ursache der Kehlkopfasymmetrie bezeichnete enge Halsbekleidung will Z. nicht gelten lassen, vermag aber selbst keinen stichhaltigen Grund anzugeben. Wenn ferner Z. schreibt, dass seines Wissens nur Luschka die Asymmetrie des Kehlkopfes einer Erwähnung gewürdigt habe, und glaubt, es müsse künftigen laryngoskopischen Untersuchungen vorbehalten bleiben, ob die geschilderten Anomalien des Kehlkopfes die Tonbildung beeinflussen, so befindet sich Z. im Irrthum, da sowohl Hack als der Ref. über diesen Gegenstand geschrieben; Ref. hat in einer ausführlichen Arbeit, betitelt „Studien über den Schiefstand des Kehlkopfes und der Glottis", Deutsche med. Wochenschrift No. 17, 1885, nachgewiesen, dass Asymmetrien des Kehlkopfes sehr häufig, namentlich beim männlichen Geschlecht, vorkommen, dass der Schiefstand, mit geringen Ausnahmen, nach jener Seite gerichtet ist, nach der sich die weiter vorspringende Schildknorpelplatte befindet, dass das Taschenband zuweilen bis zur völligen Ueberlagerung der Stimmbänder hervortritt, dass die Glottis schief steht, dass das eine Stimmband etwas höher liegt und dass trotzdem keine Anomalien der Tonbildung dabei vorkommen.

SCHECH.

107) **B. Küssner** (Halle). **Ueber die physiologischen Vorgänge beim Bauchreden.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 31. S. 686. 1887.*

K. hatte Gelegenheit, an dem Bauchredner O. Meyer die Vorgänge beim

Bauchreden zu studiren. Er konnte dabei die Angaben J. Müller's über das Bauchreden in Bezug auf die Stellung des Zwerchfells etc. bestätigen und folgende weitere Angaben machen: Die Zunge liegt regungslos auf dem Boden der Mundhöhle und ist nicht nach hinten gedrängt. Das Gaumensegel ist sehr stark nach oben gezogen, das Zäpfchen nach hinten umgeschlagen; ein Abschluss der Rachen- gegen die Nasenhöhle findet nicht statt. Die Gaumenbögen verlaufen in starker Spannung fast geradlinig. Der Kehlkopf erscheint ähnlich, wie bei der Fistelstimme. Die durchschnittliche Höhe, in der O. Meyer bauchredet, entspricht dem eingestrichenen d. Der Kehlkopf senkt sich beim Bauchreden.

B. FRAENKEL.

108) **Baumgarten** (Budapest). **Das Cocain als differentialdiagnostisches Mittel im Kehlkopfe.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 44. 1887.*

B. verwendet das Cocain zur Unterscheidung zwischen Hyperämie und dadurch bedingter Anschwellung der Stimmbänder und Infiltration derselben. Im ersteren Falle geht die Anschwellung durch Anregung der peripheren Vasoconstrictoren wenigstens für einige Zeit zurück, im zweiten Falle aber nicht. Es kann jedoch die Beobachtung dadurch getrübt werden, dass das Cocain so stark wirkt, dass auch die Vasoconstrictoren gelähmt werden, oder dass durch die mechanische Reizung Hyperämie als nächste Folge des Einpinselns eintritt. CHIARI.

109) **Braun** (Triest). **Chromsäure-Aetzungen im Larynx.** *Internat. klin. Rundschau. No. 50. 1887.*

B. machte dieselben öfter mit einigen an einer Sonde angeschmolzen Krystallen; unmittelbar nach der Aetzung blies er immer Soda ein. Die Reaction war sehr gering, der Erfolg ein guter. B. beschreibt 3 Fälle dieser Art (Entzündungsknoten und 2 Papillome) etwas ausführlicher. CHIARI.

110) **Neumann** (Budapest). **Casuistische Mittheilungen aus dem Ambulatorium für Nasen- und Kehlkopfkranke.** (Abtheilung des Professor Navratil.) Excerpt aus *Orvosi Hetilap. No. 23. 1887. — Pester med. chir. Presse. No. 30. 1887.*

Im I. Quartal 1887 wurden 570 Kranke behandelt; davon theilt N. vier Fälle mit:

1. Lähmung beider Recurrentes und der Epiglottis durch Carcinom der hinteren Rachenwand.

2. Wahrscheinlich rheumatische Lähmung aller Muskeln der linken Kehlkopfseite.

3. Ulcus des linken Stimmbandes mit geringer Anchylose des linken Aryknorpels. Fraglich, ob Syphilis oder Tuberculose, wegen speckigen Belags und linksseitigen Spitzencatarrhs.

4. Larynxphthise; Aehnlicheit mit Carcinom. Diagnose durch Bacillenbefund. CHIARI.

111) **Barkley J. Baron** (Bristol). **Bemerkungen über einen Fall von starker acuter ödematöser Laryngitis. (Comments on a case of extremely acute oedematous laryngitis.)** *Brit. Med. Journal. p. 1328. 17. December 1887.*

Patientin, eine verheirathete Frau von 30 Jahren, welche in 7 Jahren 7 Kinder geboren hatte, wurde wegen starker Dyspnoe in's Krankenhaus aufgenommen. Temperatur 40°; Herz, Nieren und Lungen gesund; Pharynx und Schlund mässig

geröthet. Das Laryngoscop zeigte eine stark ödematöse Epiglottis, die geschwollen, aufgerichtet und glänzend war, und deren seitliche Hälften sich beinahe berührten. Patientin besserte sich sofort, als ein Zelt über ihrem Bette angebracht wurde, dessen Luft mit Dämpfen und einem Gemisch von Benzoëtinctur erfüllt war. Gleichzeitig wurden heisse Cataplasmen auf den Larynx applicirt, und Patientin mit Clystiren ernährt. Nach drei Tagen waren weder die Cataplasmen, noch die Dämpfe weiter erforderlich.

Dieser Fall war bemerkenswerth wegen:

1. Der enormen Schnelligkeit des Auftretens des Oedems: die Schmerzen waren erst drei Stunden vor der Aufnahme aufgetreten.

2. Des Fehlens der gewöhnlichen Ursachen solch eines Processes, der offenbar in Verbindung mit einer mässigen Pharynxschwellung eingetreten war.

A. E. GARROD.

112) **G. R. Mc'Donagh. Primäre Tuberculose des Larynx. (Primary tuberculosis of the larynx.)** *Canada Practitioner. December 1887.*

Folgende Punkte werden angegeben: 1. Eine allgemeine Tuberculose kann im Larynx ihren Anfang nehmen. 2. In einem grossen Procentsatz der Fälle findet sie sich zu einer sehr frühen Periode im Kehlkopf, jedenfalls bei der Lungenschwindsucht. 3. In beiden genannten Reihen werden die Lungen ganz sicher bald ergriffen. 4. Die Phthisis kann oft durch die Larynxaffection früher diagnosticirt werden, als durch die physikalische Untersuchung der Lungen. 5. In Fällen von Ulceration des Larynx sollen die Secrete stets mikroscopisch untersucht werden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

113) **Henry L. Swain. Tuberculöse Laryngitis. (Tubercular laryngitis.)** *New-York Medical Journal. 17. December 1887.*

Ein gut geschriebenes und interessantes Resumé, die therapeutischen Maassregeln der Jetztzeit besprechend. Der Autor bietet jedoch nichts Neues dar.

LEFFERTS.

114) **Guément. Tuberculöser Larynx. (Larynx tuberculeux.)** *Soc. anat. Bordeaux. 15. September 1887.*

G. demonstrirt einen Larynx, welcher die klassischen Läsionen dieser Krankheit zeigte.

E. J. MOURE.

115) **Charazac** (Toulouse). **Die Schwefelwasser bei Larynxtuberculose. (Les sulfureux dans la tuberculose laryngée.)** *Soc. de méd. de Toulouse. August 1887.*

C. nimmt die, bereits vom Ref. erörterte, Frage über den Gebrauch der Schwefelwasser bei Kehlkopftuberculose wieder auf und kommt, wie dieser, gestützt auf zahlreiche Fälle, zu dem Schluss, dass diese Behandlung häufiger schädlich als nützlich in diesen Fällen sei. Die Schwefelwasser führen nämlich scharfe Staubtheilchen mit sich, deren Bedeutung nicht zu ermessen und die unmöglich zurückzuhalten sind.

E. J. MOURE.

116) **Ernest Jacob** (Leeds). **Behandlung der Larynxschwindsucht. (Treatment of laryngeal phthisis.)** Sitzung der Leeds West Riding Medico-Chirurgical Society. *Brit. Med. Journal. p. 1338. 7. December 1887.*

Kurze Mittheilung einer Discussion über die verschiedenen zur Behandlung dieses Leidens empfohlenen Mittel.

A. E. GARROD.

117) **J. S. Hyndman. Menthol bei tuberculöser Laryngitis. (Report on the use of menthol in tuberculous laryngitis.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 8. Oct. 1887.*

H. wandte einen Spray mit einer alcoholischen Mentbollösung (5—20 pCt) in fünf Fällen mit gutem Erfolge an. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

118) **Rothziegel** (Wien). **Ueber die Behandlung der tuberculösen Lungenphthise und anderer Krankheiten der Respirationsorgane mittelst der sogenannten Exhalationen.** *Wiener med. Blätter. No. 35—38 und 44—49. 1887.*

R. verwendete dazu einen dem Cornil'schen Apparate nachgebildeten Apparat (den Altmann'schen) und gebrauchte für eine Exhalation 1,5—3 Grm. Schwefelkalium, woraus sich 154 Kubikctm. freien Schwefelwasserstoffes erzeugen liessen, also eine weit grössere Menge, als die meisten übrigen Beobachter anwendeten. An zehn mit Lungenphthise behafteten Kranken der Abtheilung des Professor Drasche konnte er die Erfolglosigkeit dieser Therapie nachweisen; einer derselben war mit tuberculösen Kehlkopfgeschwüren, und mehrere mit Darmgeschwüren behaftet; die Dauer der Behandlung schwankte von 4 Tagen bis 3 Monaten. In 3 Fällen hatte die Exhalation Haemoptoë zur Folge. Die tuberculöse Erkrankung der Lunge, des Kehlkopfes und des Darmes wurde nicht gebessert, Husten und Auswurf nicht verringert, ja es liess sich nicht mit Sicherheit das Eindringen des Gases in die Athmungsorgane nachweisen. Sorgfältig geführte Krankengeschichten beweisen die Richtigkeit dieser Angaben. R. glaubt deshalb, dass man diese Behandlungsmethode nicht anempfehlen könne.

CHIARI.

119) **Francesco Cardone** (Neapel). **Drei Tracheotomien wegen syphilitischer Affectionen. (Tre casi di tracheotomie per affezioni sifilitiche.)** *Eco delle Cliniche. Januar 1887.*

C. berichtet, mit einigen Bemerkungen, über 3 Fälle von Syphilis des Larynx, die in der laryngologischen Klinik von Neapel beobachtet wurden und die Tracheotomie nöthig machten. Der erste Patient hatte einen Gummiknoten unter der Stimmritze, der zweite eine gummöse Infiltration des Aditus laryngis, der dritte eine gummöse Infiltration der Stimmbänder. F. CARDONE.

120) **J. W. Gleitsman. Traumatisches Hämatom des Larynx. (Traumatic haematoma of the larynx.)** *New-York Medical Record. 29. October 1887.*

Patient erhielt einen heftigen Faustschlag auf den Kehlkopf. Die Untersuchung ergab keine Fractur des Knorpels. Bei der laryngoscopischen Untersuchung präsentirte sich sofort ein grosser, dunkelrother Tumor von der Gestalt einer Zunge, dessen breite Basis von dem äusseren Theil der hinteren Larynxwand nach rechts hin ausging. Allmälig kleiner werdend, bedeckte er den rechten Giessbeckenknorpel, erstreckte sich über dem Interarytaenoidalraum in das Larynxinnere und endigte mit einer zungenähnlichen Spitze an der hinteren Wand. Die Extravasation war eine submucöse; an der Oberfläche konnte nirgends Blut gesehen werden.

Das Innere des Larynx war an der linken Seite normal. Das rechte Taschenband erschien als ein undeutlicher, dunkelrother Körper, welcher das Stimmband fast vollständig bedeckte. Letzteres war während der Phonation als eine schmale,

rothe Linie sichtbar. Der Ventriculus Morgagni war nicht zu unterscheiden. Die Larynxbewegungen waren während der Respiration und Phonation sehr schwach auf der rechten Seite; eine wirkliche Parese war jedoch nicht vorhanden.

Das interessante Bild des Falles besteht in der gleichzeitigen Blutextravasation in die hintere Aussenwand und in die innere rechte Seite des Larynx.

Das lässt nur folgende Erklärung zu: Der gegen den Kehlkopf gerichtete Schlag verursachte zunächst einen Schleimhautriss an der hinteren Aussenfläche des rechten Giessbeckenknorpels, wodurch eine Blutung herbeigeführt wurde. Gleichzeitig erzeugte das Andrücken der Theile gegen die Wirbelsäule eine Quetschung des Larynx, wodurch eine Blutextravasation durch die Decke der Aryepiglottischen Falten erfolgte, die das Bild an der äusseren und inneren Seite des Larynx hervorrief.

Die Behandlung war selbstverständlich eine exspectative und bestand hauptsächlich in der Anwendung von auflösenden und leicht adstringirenden Sprays. LEFFERTS.

121) **J. Solis Cohen. Behandlung der Intralaryngealabscesse in Folge von Necrose der Knorpel. (Treatment of intralaryngeal abscess from necrosing cartilage.)** *Philadelphia Med. News. 24. December 1887.*

Nach den Grundsätzen einer guten Chirurgie wird der intralaryngeale Abscess in Folge von Knorpelerkrankung am besten in der Weise behandelt, dass man den Larynx in der Mittellinie spaltet, die abgestorbenen Gebilde entfernt und die Theile bis in das gesunde Gewebe auskratzt. Nachdem dies geschehen, muss man unmittelbar darauf für Drainage Sorge treffen in solchen Fällen, bei denen der Eiterungsprocess fortdauert. Ausserdem muss man eine solche antiseptische Behandlung einleiten, wie sie die vorhandenen Processe erfordern. Um diesen Indicationen zu genügen, kann eine prophylactische Tracheotomie erforderlich werden, entweder um die Respiration bis zum Nachlass des Krankheitsprocesses zu erleichtern, oder um functionelle Ruhe des Larynx zu sichern, wenn der Nachlass noch nicht eingetreten ist. LEFFERTS.

122) **J. Solis Cohen. Phonatorische Luftspannung oder Hernie des Larynxsackes.** Klinische Mittheilung. **(Phonatory pneumatic distention or hernia of the laryngeal sac.** A clinical notice.) *Philadelphia Med. News. 17. December 1887.*

Nach Entfernung von Tumoren aus dem von aussen gespaltenen Larynx entstand eine Stenose des Organs theilweise in Folge narbiger Verwachsungen, theilweise in Folge davon, dass an den verschiedensten Stellen der Glottis, namentlich hinten und zwischen den Giessbecken, Recidive aufgetreten waren. Durch intralaryngeale Massnahmen, nämlich Incision, Ausreissung, chemische und electrische Aetzung und sorgfältige gewaltsame Ausdehnung — ein Jahr lang und darüber hinaus fortgesetzt —, wurde die Stenose gänzlich beseitigt. Lange Zeit hindurch wurde in dieser Periode die Phonation von den Taschenbändern allein ausgeübt. Innerhalb weniger Monate konnte man folgende, einzig dastehende Erscheinung beobachten: Bei der Phonation näherten sich die Stimmbänder in natürlicher Weise; wurde sie aber fortgesetzt, dann wurden die Taschenbänder dicht aneinander getrieben; dauerte die Phonation noch länger an, dann wurde der Hilton-

sche Sack linkerseits mit einem hörbaren Ruck plötzlich in das Larynxinnere vorgebaucht, als ob er aus einer Luftpistole geschossen worden wäre. Auf diese Weise gewann es den Anschein, als ob das Zungenbeinhorn dislocirt wäre. In der nächsten Secunde wurde auch der rechte Sack vorwärts getrieben, in ähnlicher Weise zwar, jedoch in geringerer Ausdehnung. Der linke Sack sah wie ein kugeliger Tumor von der Grösse einer kleinen Kirsche aus, war jedoch in Folge der Spannung der Schleimhaut blässer, als der übrige Larynx. LEFFERTS.

123) **J. B. Taylor. Papillom des Larynx. (Papilloma of the larynx.)** *Felvriet Medical Monthly. September 1887.*

Bericht über einen mit dem Electrocauter exstirpirten Tumor.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

124) **E. J. Moure. Diffuses Papillom der rechten Kehlkopfhälfte, Thyreotomie, Ausräumen des Stimmorgans. Heilung. (Papillome diffus de la moitié droite du larynx, thyrotomie, raclage de l'organe vocal. Guérison.)** *Journal de méd. de Bordeaux. 11. September 1887.*

Die Operation war eine sehr einfache. Die Wunde des Schildknorpels heilte per primam, bis auf die untere Partie, wo eine nekrotische Lamelle desselben einen Fistelgang ungefähr einen Monat lang bis zur Ausstossung des abgestorbenen Theiles unterhielt. Die Trachealcanüle, welche aus Vorsicht liegen gelassen wurde, ward drei Monate nach der Thyreotomie entfernt. Der Kranke ist vollständig genesen; die Stimme ist ein wenig rauh. Der Tumor, welcher die Grösse einer grossen Nuss hatte, sass am rechten Taschenband und versperrte den ganzen Eingang zur Glottis. — Man musste zuerst die Tracheotomie machen, um der Asphyxie vorzubeugen. E. J. MOURE.

125) **Fort. Ein neues Verfahren behufs Extraction gewisser Tumoren des Larynx. (Nouveau procédé pour l'extraction de certaines tumeurs du larynx.)** *Gaz. des hôpit. 9. August 1887.*

Als ein neues Verfahren empfiehlt F. die Exstirpation der gutartigen Tumoren des Larynx, welche ein wenig unterhalb der Stimmbänder gelegen, aber gestielt sind, durch die Cricotracheotomie. Er hält sein Verfahren für eine wirkliche glückliche Erfindung! E. J. MOURE.

126) **G. H. Mackenzie** (Edinburgh). **Ein Fall von Thyreotomie wegen recidivirender Tumoren im Kehlkopf. (Case of thyrotomy for recurrent growths in the larynx.)** *Edinburgh Med. Journal. December 1887.*

Es wird ein Fall beschrieben, in welchem ein Papillom zweimal von der vorderen Commissur mittelst Thyreotomie entfernt wurde. Nach der ersten Operation wurde nur Höllenstein zur Cauterisirung der Basis angewandt und es trat ein Recidiv ein. Nach der zweiten Operation wurde der Thermocauter angewandt und es zeigte sich kein Recidiv des ursprünglichen Tumors. Schliesslich erschien jedoch ein Papillom an dem hinteren Drittel des linken Stimmbandes. Zur Behandlung empfiehlt M. die Tracheotomie, sobald die Athmung erschwert wird. Er scheint jedoch zu optimistisch zu denken, wenn er erklärt, dass auf dieselbe „wahrscheinlich ein Schwinden des Tumors ohne Recidiv folgen werde".

Bei Besprechung der Differentialdiagnose der malignen Erkrankung des Larynx in ihren ersten Stadien legt er starken Nachdruck auf die Unbeweglichkeit des Stimmbandes als ein diagnostisches Zeichen für die Malignität. Den negativen Resultaten bei der mikroscopischen Untersuchung von Fragmenten legt er rücksichtlich der Malignität nur geringe Bedeutung bei. M'BRIDE.

127) **Tissier** (Paris). **Krebs des Larynx. (Krebs des Larynx.)** *Gaz. des hôpit. 19. September 1887.*

Eine einfache allgemeine Uebersicht über die malignen Tumoren des Stimmorgans. Ein gut geschriebener und klarer Artikel. E. J. MOURE.

128) **Joseph White** (Nottingham). **Maligne Erkrankung des Larynx. (Malignant disease of the larynx.)** *Brit. Med. Journal. 5. März 1887.*

Nichts Neues. A. E. GARROD.

129) **Devos. Larynxkrebs. (Cancer du larynx.)** *Société Anatomo-Pathologique de Bruxelles. Séance du 4. mars 1888. — La Presse Médicale Belge. No. 12. 1888.*

Demonstration eines Kehlkopfkrebses mit vollständig einseitiger Entwicklung. Zum Anschluss daran Discussion über den Gegenstand. BAYER.

130) **F. de Havilland Hall** (London). **Ein Fall von maligner Erkrankung des Kehlkopfs. (Case of malignant disease of the larynx.)** *Medical Press and Circular. 8. Juni 1887.*

Ein Mann von 45 Jahren wurde mit schwerer Dyspnoë und Flüstersprache in's Krankenhaus gebracht. Der Zustand war angeblich durch einen Hustenanfall herbeigeführt worden. Nachdem zur Beseitigung des Krampfes Chloroform angewendet worden war, wurde die Athmung freier. Am folgenden Morgen fand H. einen kleinen Tumor von der Grösse einer Bohne, ausgehend von der Stimmritze. Pat. bestand auf seine Entlassung, wurde jedoch zeitweilig poliklinisch behandelt. Als drei Monate darauf die Athemnoth sehr hochgradig wurde, liess er sich tracheotomiren. Der Tumor nahm nunmehr den grössten Theil des Larynx ein, war ulcerirt und blutete zuweilen. Nach der Operation wurde das Schlucken beschwerlicher, und Pat. starb nach drei Monaten theils durch die Blutungen, theils in Folge allgemeiner Schwäche. A. E. GARROD.

131) **Louis Jurist. Casuistischer Beitrag zum Rundzellensarcom des Larynx. (A case of round-celled sarcoma of the larynx.)** *Philadelphia Medical News. 22. October 1887.*

Die ohne Schwierigkeit auszuführende laryngoscopische Untersuchung ergab einen glatten, kugeligen, nicht ulcerirten Tumor von grauer Farbe und derber Consistenz ungefähr von der Grösse einer Rosskastanie, ausgehend vom linken Taschenband.

Der Patient verweigerte die wegen der Dyspnoë nothwendige prophylactische Tracheotomie und starb plötzlich an Erstickung, ehe Hülfe geschafft werden konnte.

Die mikroscopische Untersuchung ergab, dass man es mit einem Rundzellensarcom zu thun hatte.

Die Anamnese, das makroscopische Aussehen. das Fehlen von Ulceration

und die Nichtbetheiligung der Drüsen entsprechen ganz der Beschreibung, welche in dem letzten über diese Tumoren (H. T. Butlin, Malignant diseases of the larynx) erschienenen Werke gemacht wird. LEFFERTS.

132) **T. E. Satterthwaite. Larynxkrebs. (Laryngeal carcinoma.)** *New-York Med. Record. 24. December 1887.*

Die interessanten Bemerkungen des Autors betreffen besonders den Werth des Mikroscops für die Diagnose obiger Krankheit.

Er betont das Factum, dass man nicht vorsichtig genug in der Kundgebung seiner Meinung in solchen Fällen sein kann, besonders wenn der papilläre oder villöse Tumor allein der Untersuchung unterworfen wird. Es ereignet sich freilich oft, dass man sofort auf einen solchen mikroscopischen Befund stösst, dass die Diagnose sofort mit Sicherheit gestellt werden kann. In anderen Fällen aber ist man nicht so glücklich und zwar aus sehr guten Gründen, denn 1. fehlen zu Beginn der Erkrankung die pathognomonischen Zeichen, oder sie sind so undeutlich, dass sie übersehen werden können; 2. giebt es stets einen Herd bei dieser Erkrankung, wo diese Charaktere sich zeigen, während sie an den ferner gelegenen Partien fehlen mögen; 3. bei einem schnell wachsenden und ebenso schnell ulcerirenden Tumor kann das charakteristische Gewebe beständig nekrotisch zu Grunde gehen. LEFFERTS.

133) **Ch. Monod (Paris). Krebs des Larynx, Vorzeigung eines Präparates. (Cancer du larynx, présentation de pièce.)** *Académie de méd. Paris. 6. October 1887.*

Pat. starb zwei Tage nach der Tracheotomie an Pneumonie. E. J. MOURE.

134) **M. Hache. Larynxkrebs. (Cancer du larynx.)** *Bullet. méd. 23. Sept. 1887.*

Verf. bespricht die wichtigsten über diesen Gegenstand veröffentlichten Arbeiten. Zum Schluss meint er, dass, wenn der Tumor den Larynx überschritten und die Drüsen, sowie die Weichtheile ergriffen hat, man nicht operiren soll. Ist die Neubildung noch eine endolaryngeale, so muss man operiren.

Die Extraction auf dem natürlichen Wege ist nur zu diagnostischen Zwecken gestattet; sonst ist sie unnütz, unvollständig und deshalb gefährlich. E. J. MOURE.

135) **L. H. P. Chirurgische Behandlung des Larynxkrebses. (Traitement chirurgical du cancer du larynx.)** *Union méd. 26. September 1887.*

Uebersicht über einige Discussionen über diese Frage. E. J. MOURE.

136) **Clinton Wagner. Chirurgische Behandlung von sechs Fällen von Larynxkrebs. (The surgical treatment of six cases of cancer of the larynx.)** *New-York Med. Record. 26. November 1887.*

Der interessanteste dieser Fälle ist derjenige, bei welchem die Krankheit sich nur auf die Epiglottis beschränkte. Es wurde eine Incision unterhalb des Zungenbeins gemacht und hierdurch die Epiglottis entfernt. Nach kurzer Zeit trat ein Recidiv auf, welches den Pharynx, die Zungenbasis und den Larynx ergriff. Patient überlebte die Operation acht Monate. LEFFERTS.

137) **Demons (Bordeaux). Exstirpation des Larynx. (Extirpation du larynx.)** *Académie de Méd. de Paris. 20. October 1887.*

Es handelte sich um zwei Fälle von Epitheliom des Larynx. Bei dem einen

der Kranken wurde der halbe, bei dem anderen der ganze Kehlkopf exstirpirt. Bis jetzt kein Recidiv!

Die Arbeit wird später veröffentlicht werden. E. J. MOURE.

138) **Rushton Parker** (Liverpool). **Ein Fall von partieller Excision des Larynx, Pharynx etc. wegen Epitheliom. Schliesslich tödtlicher Ausgang.** (**Case of partial excision of the larynx, pharynx etc. for epithelioma. Eventual death.**) *British Medical Journal. p. 1099. 19. November 1887.*

P. wurde zu einem Patienten von 39 Jahren gerufen, um an ihm wegen Athemnoth, vermuthlich in Folge maligner Erkrankung des Larynx, die Tracheotomie auszuführen.

Als Patient in der Narcose war, hörte die Athmung auf; sie kehrte jedoch wieder, als die Tracheotomie oberhalb des Isthmus der Schilddrüse ausgeführt worden war. Kurz vor der Operation wurde er laryngoscopisch untersucht, und man fand eine intralaryngeale Geschwulst von papillärem Aussehen, die offenbar auf den Larynx beschränkt war. P. schlug deshalb die Excision vor.

Diese zweite Operation wurde drei Wochen nach der Tracheotomie vorgenommen. Zu dieser Zeit war die Larynxgegend geschwollen und die Haut über derselben roth und ödematös, und zwar war dieser Zustand erst ein oder zwei Tage zuvor eingetreten. Anfänglich wurde das Chloroform durch eine in die Trachealöffnung eingeführte lange Röhre gegeben, der Bluteintritt wurde durch ein Stück Schwamm verhütet. Später trat eine Tracheotomiecanüle an die Stelle der langen Röhre. Die Incision wurde zuerst in der Mittellinie gemacht, nachher kam ein Querschnitt dazu. Als man die linke Seite des Larynx freilegte, entleerte sich der Inhalt einer epitheliomatösen Cyste. Dieselbe erklärte die Röthung und Schwellung dieser Gegend, welche auch unmittelbar darauf verschwanden. Da der Schildknorpel verkalkt war, wurde er mit einer Zange durchschnitten und die linke Seite desselben, an welcher der grössere Theil der Geschwulst lag, entfernt. Die rechte Hälfte nebst dem Ringknorpel und deren Bedeckung liess man zurück.

Da die Epiglottis infiltrirt war, wurde sie abwärts gezogen und mit der Scheere fortgeschnitten. Dasselbe geschah mit dem Pharynx nahe der Epiglottis und der linken Tonsille, da diese Theile ebenfalls inficirt waren. Die Blutung wurde leicht durch Ligaturen und durch Compression mit einem Schwamm gestillt. Die Höhle an der linken Aussenseite des Larynx wurde gereinigt, die Canüle noch einmal abgewaschen und wieder eingelegt, und die Wunde mit Jodoformgaze tamponirt. Die meiste Schwierigkeit verursachte häufige Verstopfung der Canüle mit Schleim und das Einfliessen von Blut in die Trachea, sobold jene zur Reinigung herausgenommen wurde. P. äussert sich ungünstig über die besonderen Apparate zur Tamponade der Trachea, und sagt, die über dieselben veröffentlichten Berichte hätten ihn nicht ermuthigt, sie anzuschaffen [? Red.]. 36 Stunden nach der Operation wurde der Patient mit einer Schlundsonde ernährt. Nach 6 Wochen ass Patient ein wenig Pudding, den er zum grössten Theile schlucken konnte; nur wenig kam aus der Wunde heraus. Schon 14 Tage nach der Ope-

ration war er im Stande, mit heiserer Flüstersprache zu sprechen, sobald der Verband in Ordnung lag.

Als 2 Monate nach der Operation ein Recidiv eintrat, wurde wieder ein kleiner Theil des Larynx ausgeschnitten; 1 Monat darauf nöthigte ein frisches Recidiv zu einer sehr ausgiebigen Operation: Es wurde der Rest des Larynx, der angrenzende Rand des Pharynx und Oesophagus und fast sämmtliche Gebilde der linken Submaxillargegend entfernt. Der Patient verblieb in dieser ganzen Zeit bei ziemlich guter Gesundheit und erholte sich selbst nach dieser Operation, die ihn nöthigte, beständig eine Oesophagussonde und eine Canüle zu tragen.

Ein weiteres Recidiv um die Trachea machte eine längere Canüle erforderlich, welche fast bis zur Bifurcation reichte; diese Canüle war nach dem Hummerschwanz-Princip angefertigt.

P. bedauert, dass er nicht von vornherein den ganzen Larynx exstirpirt habe. Sein Wunsch, unnöthige Verstümmelung zu vermeiden, habe wahrscheinlich grösseren Schaden angerichtet. A. E. GARROD.

139) **Solis Cohen. Beschreibung der modificirten Laryngotomie. (Description de la laryngectomie modifiée.)** *Ann. des mal. de l'or. No. 7. Juli 1887.*

Uebersetzung eines im New York Med. Journal vom 18. Juni 1887 erschienenen Artikels. E. J. MOURE.

140) **J. Solis Cohen. Das Aussehen eines Larynx, nahezu 20 Jahre nach der Exstirpation eines Epithelioms von aussen. (The appearence of a larynx nearly twenty years after the exstirpation of an epithelioma by external access.)** *Philadelphia Medical News. 3 December 1887.*

Am 25. Februar 1868 exstirpirte C. in der Narcose aus dem Larynx eines 30jährigen Mannes ein grosses Stück des linken Stimmbandes und die ganze, den linken Ventrikel bekleidende Schleimhaut zugleich mit Massen des krankhaften Tumors. Theile desselben, intralaryngeal entfernt, waren von den competentesten Mikroscopikern als Epitheliom erklärt worden. Patient befand sich wohl und, da sich in einigen Monaten kein Recidiv zeigte, so wurde die Trachealcanüle entfernt.

Dieser Fall wurde im Medical Record vom 15. Juli 1869 S. 244 und in Cohen's Lehrbuch der Krankheiten des Halses 1872 veröffentlicht.

In der zweiten Auflage des Buches (1879) erklärte er, dass, da der Patient die Operation so lange ohne Recidiv überlebt hätte, er, trotz des mikroscopischen Beweises, welcher ein Epitheliom ergab, dennoch an eine benigne Geschwulst glaube.

Nach wenigen Wochen suchte Patient mit Heiserkeit und temporärer Laryngitis seinen Arzt wieder auf. Es trat jedoch schnelle Heilung ein.

In oben genanntem Artikel findet sich eine Abbildung des Larynx, wie er jetzt aussieht. Es zeigt sich, dass ein compensatorisches Gewebe den Dienst des linken Stimmbandes versieht. Dieses Gewebe hat sich auf Kosten der unteren Ventrikelwand gebildet, welche durch die Eversion beträchtlich obliterirt ist.

Die Stimme ist „keineswegs so rauh, dass sie Aufmerksamkeit erregte“.

LEFFERTS.

f. Schilddrüse.

141) **Tsakyroglous** (Smyrna). **Einige Notizen über Kropf in Kleinasien.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde. No. 12. 1887.*

Das Binnenland Kleinasiens ist ziemlich stark von Kropf heimgesucht; allgemein wird von den dortigen Bewohnern das Trinkwasser als die Ursache betrachtet; auch ist erwiesen, dass Leute, welche in diese Gegenden einwandern, nach mehreren Monaten Kropf bekommen; derselbe erreicht keine beträchtliche Grösse und geht meist nach Jodkaligebrauch zurück. SCHECH.

142) **Hayem** (Paris). **Hypertrophie der Schilddrüse nach Art einer leukämischen. (Hypertrophie thyroïdienne à forme leucocythémique.)** *Soc. méd. des hôpitaux. 23. September 1887.*

H. berichtet eine Beobachtung bei einer 62jährigen Patientin, welche seit 14 Jahren an Kropf litt. In 6 Monaten hatte der Tumor sich rapide entwickelt und war in einen Zustand allgemeiner Verfettung, ähnlich dem der Leucämie, übergegangen. Der Larynx ist comprimirt und zurückgedrängt; die Carotis gespannt, Geräusche oder Gefässerweiterung sind nicht vorhanden. Die Zahl der weissen Blutkörperchen ist deutlich vermehrt (70 000 auf einen Cubikmillimeter). E. J. MOURE.

143) **J. G. Murrell. Ein erfolgreich behandelter Fall von Struma. (A case of goitre successfully treated.)** *California Medical Journal. October 1887.*

Die Behandlung bestand in Injectionen von Jodtinctur, abwechselnd mit einem Fluidextract von Ergotin. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

144) **M. J. Epstein. Ein Fall von Kropf, mit Electropunctur behandelt. (Case of goitre treated by electro-puncture.)** *St. Louis Courrier of Medicine. October 1887.*

Der Tumor verkleinerte sich zwar, der Exophthalmos wurde jedoch nicht gebessert. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

145) **Tassi. Exstirpation eines Tumors der Schilddrüse. (Estirpazione d'un neoplasma della tiroide.)** *Lo Spallanzi. April 1887.*

Nichts Bemerkenswerthes. F. CARDONE.

146) **F. Dionisio** (Turin). **Recidiv eines Tumors der Schilddrüse. Exstirpation. Heilung. (Riproduzione di neoplasma della glandola tiroidea. Estirpazione. Guarigione.)** *Gazz. Medica di Torino. No. 7. März 1887.*

Der Titel besagt Alles. Verfasser hat drei Mal die Exstirpation gemacht. Er hat keine Cachexia strumipriva beobachtet. F. CARDONE.

147) **Mercanton** (Lausanne). **Intraglandulare Ausschälung eines Kropfs. (Enucléation intraglandulaire d'un goitre.)** Vortrag, ref. in *Revue méd. de la Suisse rom. No. 4. p. 226. 1887.*

Auch M. nennt als Vortheile dieser von Socin eingeführten Operationsmethode die relative Leichtigkeit der Operation, die Vermeidung der Cachexie, die viel geringere Entstellung des Halses. JONQUIÈRE.

148) **Cramer. Beitrag zur Kenntniss der Struma maligna.** *Archiv für klinische Chirurgie. Bd. 36. Heft 1 u. 2. 1887.*

Mittheilung dreier Fälle mit ausführlichen Krankengeschichten. Die Struma maligna macht sehr grosse Metastasenbildung namentlich in der Lunge und in den Knochen. Diese Metastasen kommen in ihrer Structur denjenigen der normalen Schilddrüse und ihrer gutartigen Neubildungen sehr nahe. Wölfler nennt solche Geschwülste, welche scheinbar ihrer Structur nach gutartig, ihrem Verlaufe nach bösartig sind, Adenoma maligna. Auch Ref. beobachtete einmal eine Struma maligna accessoria sive retropharyngea, welche durch Krebsmetastasen in der Lunge den Tod herbeiführte. SCHECH.

g. Oesophagus.

149) **W. H. Bobbitt und K. P. Battle, jr. Völliger Verschluss des Oesophagus durch ein Stück Fleisch in einem Fall von Strictur, geheilt durch Trypsin. (Complete occlusion of the oesophagus by a piece of meat in a case of stricture, relieved by Trypsin.)** *North-Carolina Med. Journal. October 1887.*

Patient, eine Knabe von 3 Jahren, hatte vor 18 Monaten etwas Lauge getrunken und litt seitdem an Würganfällen. Als er einmal etwas Schinken ass, bekam er ein solches Würgen, dass er hernach Nichts schlucken konnte, nicht einmal Wasser. Mit dem Finger konnte kein Hinderniss gefühlt werden, ein weicher Gummikatheter jedoch wurde einige Zoll tiefer aufgehalten. Man machte Versuche, den Fremdkörper mit der Zange zu fassen; da jedoch das Kind ohnmächtig wurde, so gab man sie auf. Es wurde nunmehr eine Trypsinlösung durch eine Gummiröhre eingegossen und letztere, um das Regurgitiren zu verhüten, so lange an der Stelle erhalten, als das Kind es ertragen konnte: etwa 10 Minuten. Alsdann wurde jede Stunde $^3/_4$ Theelöffel voll der Trypsinmixtur gegeben in der Hoffnung, dass wenigstens ein Theil derselben mit dem Fleisch in Berührung bleiben würde. Am nächsten Morgen, 48 Stunden nach der Einkeilung, schluckte der Knabe, während er Wasser trank, den Schinken ohne Schwierigkeit hinab. Es hatte nämlich das Trypsin das Fibrin aufgelöst, und dadurch war der Fremdkörper verkeinert worden. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

150) **H. F. S.**
J. L. Hewer (London).
L. R. C. P.
} **Verschlucken einer Münze. (Swallowing a coin.)**

J. B. Verschlucken von Brillengläsern. (Swallowing spectacle glasses.) *Lancet. 15. u. 22. October 1887.*

Kurze Notizen über einige Fälle von Verschlucken von Münzen bei Kindern und von Brillengläsern bei einem Irren. Die verschluckten Gegenstände gingen sämmtlich per anum ab nach 2—42 Tagen. A. E. GARROD.

151) **Gersuny (Wien). Eine Dauersonde für die Speiseröhre.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 43. 1887.*

G. verwendete solche Sonden in 2 Fällen, und zwar bei einem Knaben am

8. Tage nach Verätzung mit Kalilauge, und bei einer 40jährigen Frau mit Carcinoma oesophagi nach Oesophagotomie und Spaltung der Strictur.

Zuerst gebrauchte er einen Nelaton-Katheter oder ein Gummidrainrohr, dessen oberer Theil in zwei Theile gespalten war; die dadurch entstandenen Gummibänder wurden durch die Nase herausgeführt und vor dem häutigen Septum durch Fäden verbunden. Die intacte Röhre reichte oben bis zum Kehlkopfeingang, unten bis zur Cardia. Da immer etwas Mageninhalt nach oben sich entleerte und diese Röhre zu dünn war, verwendete G. später zwei der Länge nach aneinander genähte Gummidrains, die an ihrem unteren Ende trichterförmig verengt zwar Flüssigkeiten in den Magen gelangen liessen, aber ventilartig den Austritt von Mageninhalt in die Röhren verhinderten. Bei dem Knaben trat 11 Tage nach dem Einlegen der Röhren Kehlkopfstenose auf, welche die Tracheotomie nöthig machte; G. führt aber diese Stenose auf die Verätzung zurück. Bei der Frau blieb die Doppelröhre, der G. durch Längsschnitte und Aneinandernähen der Schnittränder ein bisquitförmiges Lumen gegeben hatte, 5 Wochen lang liegen (wobei sie wohl hin und wieder gewechselt wurde). Das Schlingen ging in diesen Fällen gut von statten, ebenso wie die Einführung der Röhren. CHIARI.

152) **Charters J. Symonds** (London). **Behandlung maligner Stricturen des Oesophagus mittelst Bougirung oder permanenter Catheterisation. (The treatment of malignant stricture of the oesophagus by tubage or permanent catheterization.)** *Brit. Med. Journal. 23. April 1887.*

S. macht zunächst Mittheilungen über vier Fälle, bei welchen die Bougirung erhebliche Besserung bewirkte. Hierauf bespricht er die verschiedenen Methoden der Bougirung und beschreibt sodann die Methode der Einführung einer kurzen, trichterförmigen Röhre, die in allen vier Fällen Anwendung fand.

Die Röhre, welche ca. 18 Ctm. lang ist, wird durch die Strictur hindurchgeführt, so dass der Trichter auf dem oberen Rande derselben ruht. Die Einführung der Röhre geschieht mittelst eines konischen Bougies oder eines besonderen kupfernen Führungsdrahtes. An die Röhre wird ein Stück Seide befestigt, welche über das Ohr des Patienten geschlungen wird und dazu dient, die Röhre zurückzuziehen. Am besten wird letztere aus einem seidenen Gewebe angefertigt, wobei es wesentlich ist, dass die Dicke der Wandung der Röhre nicht entsprechend ihrem Lumen zunimmt. Denn dadurch wird der Trichter nachgiebig und kann sich der Form des Oesophagus anpassen.

Die Röhre erweist sich gleich zweckmässig, wenn die Strictur im oberen oder im mittleren Drittel sich befindet. Der Trichter ist jedoch nutzlos, wenn die Lunge betheiligt ist und das Schlucken von Flüssigkeiten Husten erregt. Alsdann muss man entweder eine lange Röhre einführen oder die Gastrostomie machen.

Der einzige Nachtheil der Röhre ist der, dass sie leicht durch Speichel verstopft wird. wodurch man genöthigt ist, sie häufiger zu entfernen und über die Strictur hinaus zu führen. In einem der vier Fälle ereignete sich dieser Unfall: Die Schnur zerriss, die Röhre wurde in den Magen hinabgetrieben, und bei der Autopsie fand man sie im Duodenum, ohne dass sie jedoch irgend welchen sicht-

baren Schaden angerichtet hätte. Der Trichter rief keine Ulceration hervor, obwohl man ihn 3—4 Wochen zuweilen liegen liess.

In einem Falle traten nach Einführung der Sonde zweimal Schüttelfröste ein.

S. empfiehlt für diese Fälle folgenden Behandlungsmodus:

1. So lange Festes geschluckt werden kann, ist die Durchgängigkeit durch Bougies offen zu erhalten.

2. Wenn feste Speisen nicht mehr durchgehen, dann soll die kurze Röhre eingelegt werden; die jedoch zeitweilig entfernt werden kann, sobald sie eine ergiebige Erweiterung herbeigeführt hat.

3. Können auch Flüssigkeiten nicht mehr durch die Oesophagusröhren hindurchtreten, so ist entweder Krishaber's lange Röhre durch die Nase einzuführen, oder die Gastrostomie zu machen. A. E. GARROD.

153) **J. Kelloch Barton. Ueber Oesophagotomie. Bemerkungen über diese Operation nebst Bericht über einen Fall. (On oesophagotomy. Remarks on the operation with report of a case.)** *Annals of Surgery. Juli 1887.*

Diese Operation sollte nicht als letzte Zuflucht angesehen werden, sondern vielmehr als ein Verfahren, zu welchem man greift, sobald genügende Versuche mit anderen und milderen Mitteln erfolglos gemacht wurden. Man sollte die Operation Anfangs nicht für unnöthig halten in der trügerischen Erwartung, dass ein Fremdkörper, welcher im Pharynx oder Oesophagus festgehalten würde, leicht durch den Mund entfernt werden könne, da es in der Mehrheit der Fälle unmöglich ist, ihn auf diese Weise leicht herauszuziehen. Die Nachbehandlung ist oft schwierig, und die Frage der Ernährung macht stets Sorge. In der Mehrheit der Fälle ist es besser, durch die Wunde zu ernähren.

Verf. berichtet hierauf einen Fall, in welchem der Fremdkörper drei Monate im Pharynx gesessen hatte. Er wurde entfernt und der Patient genas.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

154) **G. A. Wright** (Manchester). **Oesophagotomie behufs Extraction einer eingekeilten Zahnpiece. (Oesophagotomy for the extraction of an impacted tooth-plate.)** *Manchester Medical Chronicle. December 1887.*

Eine 22jährige Frau wurde in's Krankenhaus aufgenommen, da sie in der letzten Nacht eine Zahnplatte verschluckt hatte. Die Platte lag in gleicher Höhe mit dem Ringknorpel und konnte im Pharynx gefühlt, aber nicht extrahirt werden. Es bestanden grosse Schmerzen, aber keine Athemnoth. Am folgenden Tage machte man in der Narcose einen vergeblichen Versuch, die Piece mit der Oesophaguszange zu extrahiren. Da sie jedoch bald abwärts ging, so beschloss man zu warten in der Hoffnung, dass sie in den Magen gelangen würde. Indessen dauerten Schmerz und Dysphagie bei der Patientin fort, und so beschloss man, acht Tage nach dem Unfall, den Oesophagus zu eröffnen. Die Operation selbst bot nur geringe Schwierigkeiten dar, und die Speiseröhre wurde glücklich eröffnet. Man hatte jedoch grosse Mühe, die Platte zu dislociren. Hierauf wurde der Oesophagus mit Catgutfäden geschlossen und die Wunde mit Jodoformgaze verbunden. Letztere wurde am folgenden Tage entfernt und ein grosses Drainrohr eingelegt. Die Patientin wurde eine Woche hindurch mit Clystiren ernährt

und dann einen Tag mit der Oesophagussonde, was ihr jedoch Schmerz verursachte. Am folgenden Tage gestattete man ihr, Nahrung zu schlucken. Es ging dies gut von Statten, ohne dass etwas durch die Wunde hindurchkam.

Die Reconvalescenz ging zwar langsam, aber ununterbrochen vorwärts.

W. fügt noch einige Bemerkungen über die Behandlung eingekeilter Fremdkörper im Oesophagus hinzu. A. E. GARROD.

155) **Maurice H. Richardson** (Boston, U. St. A.). **Die Möglichkeit, am Oesophagus vom Magen aus zu operiren, an Präparaten gezeigt. (The possibility of operations on the oesophagus through the stomach, a shown by dissections.)** *Lancet. p. 707. 8. October 1887.*

Vor einem Jahre führte R. eine Operation behufs Entfernung einer Platte künstlicher Zähne aus, welche verschluckt und, 42 Ctm. von den Schneidezähnen entfernt, eingekeilt war. Die Operation bestand darin, dass er eine Oeffnung in der Magenwand machte. durch welche er eine Zange einführte und den Fremdkörper ergriff. (Dieser Fall wurde in dem Boston Medical and Surgical Journal vom 16. December 1886 veröffentlicht.)

Seitdem hat er an 6 Leichen operirt; das Resultat dieser Experimente wird in dieser Arbeit mitgetheilt. Er drückt die Hoffnung aus, dass Andere sich veranlasst sehen werden, diese Operationsmethode zu versuchen, die sich, wie er glaubt, zweckmässig erweisen wird, wenn der Fremdkörper in der unteren Partie des Oesophagus eingekeilt ist. A. E. GARROD.

II. Briefkasten.

American Laryngological Association.

Vorläufige Notiz.

Die zehnte Jahresversammlung der American Laryngological Association wird in Washington am 18., 19. und 20. September 1888 in Verbindung mit dem ersten Congresse amerikanischer Kliniker und Chirurgen tagen.

Ausser den allgemeinen Sitzungen des Congresses werden die Sitzungen der Association in der üblichen Weise stattfinden. Ein detaillirtes Programm wird später ausgegeben werden.

Die Association ladet alle Collegen, welche sich für das Studium der Laryngologie interessiren herzlich ein, den Congress zu besuchen, welcher in Gemeinschaft mit ihrer eigenen zehnten Jahresversammlung von ungewöhnlichem Interesse und grosser Wichtigkeit zu sein verspricht.

1 East 33d Street. New-York U. S. A. D. Bryson Delavan, Secretair.

Namen-Register.

A.

B.

G.

H.

Q.

R.

S.

Sach-Register.

A.

B.

C.

F.

G.

H.

I.

J.

K.

L.

T.

U.

V.

W.

X.

Z.

61. Versammlung

deutscher Naturforscher und Aerzte

zu Köln.

Als Einführender der Abtheilung für Laryngo-Rhinologie der vom 18. bis 23. September dieses Jahres in Köln tagenden Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte erlaubt sich der Unterzeichnete ergebenst zur Theilnahme an den Berathungen und zur Abhaltung von Vorträgen in dieser Abtheilung einzuladen. Um vorherige Mittheilung des Themas wird höflichst gebeten.

Dr. Carl Michel.
Köln,
Eintrachtstr. 143.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.



